



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Médico-Cirúrgica,
Área de Intervenção à Pessoa Idosa
Relatório de Estágio**

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Prevenção do Declínio
Funcional da Pessoa Idosa Queimada**

Raquel de Sousa Guerra Gomes

**Lisboa
2020**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Médico-Cirúrgica,
Área de Intervenção à Pessoa Idosa**

Relatório de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Prevenção do Declínio
Funcional da Pessoa Idosa Queimada**

Raquel de Sousa Guerra Gomes



Orientador: Professora Doutora Maria da Graça Melo e Silva



**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

Profª. Graça Melo, grata por ter aceitado orientar-me neste caminho do saber.

Profª Maria José Paixão, grata pela disponibilidade e paciência.

Enfª Maria João Salsinha e Enfª Vera Tiago, as minhas “pessoa modelo”, que me serviram de exemplo e cujos comportamentos almejei mimetizar.

Enfª Fátima Barata, grata pelo incentivo, pelo apoio, pela amizade.

Colegas de trabalho, grata pela ajuda na organização dos turnos, mesmo quando ficaram sobrecarregados, para que eu pudesse alcançar esta etapa.

Colegas de turma, em especial Catarina, pelo companheirismo e força transmitida nos momentos de desânimo.

À minha família de coração, sempre presentes.

Ao meu pai, grata por continuares a acreditar em mim e na minha formação.

Aos meus sogros sempre na retaguarda.

Aos meus maiores tesouros: o meu marido e a minha filha por compreenderem a minha ausência, por acreditarem em mim e por me fazerem sorrir!

A todos Muito Obrigada!!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABA – *American Burn Association*

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central dos Sistemas de Saúde

ADL – Acidentes Domésticos e de Lazer

ARS – Administração Regional da Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades da Vida Diária

BO – Bloco Operatório

CCP – Cuidados Centrados na Pessoa/Paciente

CE.RE.PR.I. – *Center for Research and Prevention of Injuries*

CIHR – *Canadian Institute of Health Research*

CIPE – Classificação para a Prática de Enfermagem

CPR – Cirurgia Plástica e Reconstrutiva

DALY'S – *Disability Adjusted Life Years*

DF – Declínio Funcional

DGS – Direção Geral da Saúde

DOTS – *Direct Observed Therapy Short Course Treatment*

EBA – *European Burn Association*

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiros Especialista

EIC – Equipa de Intervenção Comunitária

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enf – Enfermeiro

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EUA – Estados Unidos da América

EuroSafe – *European Association for Injury and Safety Promotion*

EVITA – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes

FFC – *Function-Focused Care*

HAD – *Hospitalization-Associated Disability*

i.e. – isto é

IAE – *Iatrogenic Adverse Events*

IAH – Incapacidade Associada à Hospitalização

ICIDH - *International Classification of Functioning, Disability and Health*

INE – Instituto Nacional de Estatística

IOM – *Institute of Medicine*

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

p.e. – por exemplo

PBE – Prática Baseada na Evidência

PI – Pessoa Idosa

PNPA – Programa Nacional de Prevenção de Acidentes

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos

PRISMA-ScR - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Review Extension for Scoping Reviews*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RS – Revisão *Scoping*

RTS – *Revised Trauma Score*

SCT – Superfície Corporal Total

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TOD – Toma de Observação Direta

TP – Tuberculose Pulmonar

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UNESCO – *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

UQ – Unidade de Queimados

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

As queimaduras são incidentes traumáticos que causam significativa mortalidade e morbilidade e a população idosa é particularmente suscetível ao trauma e a lesões por queimadura devido a dificuldades no juízo crítico, coordenação, equilíbrio e tempo de reação, concomitante com a capacidade de fuga reduzida.

As queimaduras nos idosos aumentam as incapacidades físicas, reduzem a qualidade de vida, impedindo-os de recuperar o anterior estado de saúde.

A incapacidade associada à hospitalização (IAH) descreve a associação que há entre a sarcopénia, a perda de massa muscular associada à imobilização e consequente declínio funcional e perda de independência funcional para a realização das AVD's.

O presente documento constitui uma análise crítica, reflexiva e fundamentada dos estágios efetuados no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Intervenção da Pessoa Idosa.

Pretende demonstrar o desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfº Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, demonstrando, também, as competências referidas na lei de bases do sistema educativo do ensino superior português para a atribuição de grau de Mestre em Enfermagem.

Foi realizada uma revisão *scoping* cujo resultado demonstrou não existir produção científica publicada que respondesse às questões colocadas e que motivou uma reflexão sobre as reais intervenções e investimentos feitos na prevenção do declínio funcional na pessoa idosa queimada.

Palavras-Chave: pessoa idosa; queimadura; declínio funcional; incapacidade associada à hospitalização.

ABSTRACT

Burns are traumatic incidents that cause significant mortality and morbidity and the elderly population is particularly susceptible to trauma and burn injuries due to difficulties in critical judgment, coordination, balance and reaction time, concomitant with reduced escape capacity.

Burns to the elderly increase physical disabilities, reduce quality of life and prevent them from recovering from their previous state of health.

Hospitalization-associated disability (HAD) describes the association between sarcopenia, loss of muscle mass associated with immobilization and consequent functional decline and loss of functional independence to perform AVDs.

This document is a critical, reflective and reasoned analysis of the internships carried out within the curricular unit Internship with Master's Report in Medical Surgical Nursing.

It intends to demonstrate the development of common and specific competencies of Nursing Specialist in Medical-Surgical Nursing, recommended by the Order of Nurses, also demonstrating the competencies referred to in the basic law of the Portuguese higher education system for the attribution of a Master in Nursing degree.

A scoping review was carried out whose result showed that there was no published scientific production that answered the questions posed and that motivated a reflection on the real interventions and investments made in the prevention of functional decline in the burned elderly person.

Keywords: elderly person; burn; functional decline; disability associated with hospitalization.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. REVISÃO DA LITERATURA.....	14
1.1 Envelhecimento.....	14
1.2 Acidentes não intencionais.....	16
1.3 A pessoa idosa vítima de queimadura.....	18
1.4 Declínio funcional na pessoa idosa.....	20
1.5 Filosofia do cuidar.....	27
2. CONTEXTOS DA EXECUÇÃO DO PROJETO.....	29
3. FINALIDADE E OBJETIVOS.....	30
4. ATIVIDADES PLANEADAS.....	32
5. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DA EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES.....	36
5.1 Revisão <i>Scoping</i>	36
5.2 Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa na comunidade.....	46
5.3 Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada vítima de queimadura.....	50
5.4 Formação aos enfermeiros: cuidados de enfermagem na pessoa idosa hospitalizada.....	58
6. AVALIAÇÃO.....	60
6.1 Pontos fortes e fracos.....	60
6.2 Contribuição do projeto para melhoria dos cuidados.....	60
7. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIA.....	62

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
APÊNDICES	
Apêndice I – Protocolo da revisão <i>scoping</i>	
Apêndice II – Tabela de critérios de seleção da revisão <i>scoping</i>	
Apêndice III – Tabela de extração de dados	
Apêndice IV – Fluxograma da estratégia de pesquisa	
Apêndice V – Tabela de observação	
Apêndice VI – Jornal de aprendizagem	
Apêndice VII – Estudo de caso	
Apêndice VIII – Ação de formação: plano da sessão e diapositivos	
Apêndice IX – Análise <i>SWOT</i>	
ÍNDICE DE FIGURAS	
Figura 1 – The person-centered framework.....	26
Figura 1 – Cascata para a dependência.....	33
ÍNDICE DE QUADROS	
Quadro 1 – Alguns aspetos do impacto da fisiologia do envelhecimento no trauma	20

INTRODUÇÃO

O presente documento constitui o relatório de estágio realizado no âmbito da UC Estágio com Relatório do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de intervenção à pessoa idosa, desenvolvido na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), no ano letivo 2018/2020. O reconhecimento da necessidade de adquirir e desenvolver novas competências técnicas, científicas e relacionais, a procura pela excelência do exercício profissional, dando resposta ao artigo 109º do REPE “o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de (...) manter a atualização contínua dos seus conhecimentos” (OE, 2015, p.85), foi o objetivo principal e a motivação para a frequência deste curso e cuja análise e reflexão crítica do percurso descrevo em seguida.

De modo a nortear a tomada de decisão clínica e desenvolver uma prática de enfermagem especializada considere, como fio condutor, o modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner (1984), que tem por base o Modelo de Aquisição de Desenvolvimento de Competências de Dreyfus. É defendido, neste modelo, que o enfermeiro adquira e desenvolva um conhecimento especializado sobre a problemática, a área de intervenção, experiencie situações reais e interligue a teoria com a prática, situações essas promotoras de uma prática baseada na evidência (Ruivo & Ferrito, 2010).

O EE possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências relativas a um campo de intervenção (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro).

A minha prestação de cuidados em estágio sustentou-se, também, nas linhas orientadoras presentes no código deontológico dos enfermeiros que suportaram a prática do exercício profissional nos diversos contextos, onde pautaram os princípios da responsabilidade profissional e o respeito pela ética e pelos direitos humanos que conduzem à excelência dos cuidados (OE, 2015).

Foi há 14 anos que iniciei o contato com esta realidade que são as queimaduras na pessoa idosa e a tomada de consciência do que a mesma representa para o próprio, para a sua família, comunidade e sociedade em geral.

As queimaduras, segundo a WHO (2008), são consideradas a 4^a maior causa de trauma no mundo, cujos tratamentos são dos mais dispendiosos (pelos internamentos prolongados, reabilitação e tratamento de feridas e cicatrizes hipertróficas) (Brusselaers, Monstrey, Vogelaers, Hoste & Blot 2010), com sequelas significativas e perdas consideráveis na qualidade de vida do doente queimado (Santos, Oliveira, Costa-Pereira, Amarante & Freitas, 2016). As queimaduras estão classificadas como acidentes e lesões não intencionais, previsíveis e amplamente evitáveis, que afetam cerca de 1% da população idosa portuguesa e europeia (Alves, Rodrigues, Neto, Mexia & Dias, 2017; EuroSafe, 2016). Quando este trauma acontece no doente idoso, crescem o declínio funcional e a capacidade de satisfazerem as AVD's de forma independente. A incapacidade associada à hospitalização (IAH) descreve a associação que há entre a sarcopénia, a perda de massa muscular associada à imobilização e consequente declínio funcional e perda de independência funcional para a realização das AVD's (Menezes, Oliveira & Menezes 2010; Carvalho, Valle, Jacinto, Mayoral & Boas 2018; Guedes, Oliveira & Carvalho 2018). Deste evento traumático resulta, assim, idosos institucionalizados, famílias incapazes de lidar a dependência de um idoso outrora independente e ativo, custos sociais e financeiros importantes e consequências psicológicas e emocionais graves.

Surgiu, então, esta problemática sobre a qual quis pesquisar e investigar.

Este foi um projeto com uma vertente (maioritária) de prestação de cuidados diretos à pessoa idosa queimada, internada numa unidade de queimados (UQ) e realização de uma investigação secundária (revisão *scoping*). Esta última revestida da importância que é saber-se ler investigação e transferi-la para uma prática de cuidados mais avançada. Foi igualmente importante a realização de um estágio de observação, integrada numa unidade de cuidados na comunidade (UCC), do comportamento da população idosa, no domicílio e perceber os riscos e propensão da população idosa para o evento das queimaduras.

Com a revisão *scoping* procurei mapear a evidência científica acerca desta realidade e responder às questões que considero urgente serem respondidas, a bem da excelência dos cuidados de enfermagem prestados a uma faixa populacional por si só vulnerável, fragilizada por um evento traumático.

A procura de literatura atual e de contextos clínicos que promovessem a aprendizagem foi parte integrante de todo este percurso. A enfermagem é arte ligada à ciência, ambas indissociáveis e a requererem investimento, conhecimento para alcançar a excelência do cuidado.

O objetivo de enfermagem passa pela prestação de cuidados ao “ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais que está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperam a saúde, ajudando-os a atingir o máximo de capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (OE, 2015, p.99).

O modelo do Cuidado Centrado na Pessoa é considerado uma filosofia dos cuidados que garante qualidade e segurança dos cuidados (Kitson, Marshall, Bassett & Zeitz, 2012); significa fortalecimento da relação doente/família/profissional de saúde, promove a comunicação acerca do que é relevante para o doente, ajuda-o a saber mais sobre a sua saúde (promovendo a literacia em saúde) e facilita o seu envolvimento no seu processo de cuidar (Epstein & Street, 2011).

O presente relatório pretende dar a visão da trajetória efetuada durante o percurso ensino/aprendizagem do estágio que decorreu entre os dias 23 de Setembro de 2019 e 8 de Fevereiro de 2020, com análise crítica, reflexiva e descritiva das atividades desenvolvidas para a aquisição e aplicação dos conhecimentos alcançados ao longo do estágio, bem como, descrever o contributo das diversas situações para o desenvolvimento e aquisição de competências enquanto EE e mestre.

Este documento encontra-se estruturado em 8 capítulos: a revisão da literatura sobre as temáticas abordadas, os contextos da execução do projeto, os objetivos gerais, as atividades planeadas, a execução das atividades, a avaliação do projeto, análise do percurso de desenvolvimento de competências e considerações finais.

Importa acrescentar que ao longo do desenvolvimento deste relatório foram utilizadas as orientações para elaboração de trabalhos escritos da ESEL, a norma de referências bibliográficas e citações da *American Psychological Association* 6ª edição (APA, 2018; Godinho, 2018) e, ainda, que o mesmo foi redigido tendo em conta o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Envelhecimento

Alguns autores dizem que envelhecimento é tudo o que acontece com o passar do tempo após se atingir a vida adulta e usam o termo senescência para referir a diminuição da capacidade funcional dos organismos. Outros consideram envelhecimento como diminuição da capacidade funcional (Almeida, 2012).

Tem sido descrito como um processo, ou um conjunto de processos, inerente a todos os seres vivos e que se expressa pela perda da capacidade de adaptação e pela diminuição da funcionalidade, estando assim associado a inúmeras alterações com repercussões na mobilidade, autonomia e saúde desta população (Carvalho & Mota, 2012).

Este processo não tem início e evolução iguais para todos. Para fins de estatísticos e demográficos a, ONU e OMS estipularam que, nos países desenvolvidos, considera-se que uma pessoa é idosa quando tem 65 e mais anos, enquanto que nos países em desenvolvimento, é considerada idosa a pessoa com 60 e mais anos.

De acordo com o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes (PNPA) (2012), o envelhecimento da população a que assistimos, atualmente, no mundo, na Europa, no nosso país deve ser encarado, como um desafio e uma oportunidade. Tendo o envelhecimento sido um ganho, porque foi fruto dos avanços na medicina e que permitiu acrescentar-se anos à vida, o mesmo, só deverá ser considerado um problema se não nos prepararmos, devidamente, para esta fase da vida.

De acordo com as projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE), entre 2015 e 2080, Portugal perderá população de 10,3 milhões (em 2015) para 7,5 milhões de pessoas (em 2080), ficando abaixo do limiar dos 10 milhões em 2031. O número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões; o número de jovens diminuirá de 1,5 para 0,9 milhões. Teremos, assim, uma projeção que aponta para um índice de envelhecimento que passará de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens, em 2080 (INE, 2017).

Fontaine (2000) identifica idade biológica, social e psicológica. Associa a idade biológica ao envelhecimento orgânico e às modificações que cada órgão sofre com

diminuição do seu funcionamento e consequente capacidade de auto-regulação menos eficaz. A idade social refere-se ao papel e estatuto sociais e aos hábitos da pessoa dentro da comunidade. A cultura e a história do país onde a pessoa está inserida ou é originária representa uma forte influência. A idade psicológica diz respeito à capacidade da pessoa de responder às mudanças de ambiente, nas respostas às situações com que se depara e onde se incluem a inteligência, memória e motivação (Fontaine, 2000).

Firmino (2006) fala em envelhecimento fisiológico, referindo-se às alterações que acontecem nas funções orgânicas e mentais, no decorrer do processo natural de envelhecimento e que culminam na perda de capacidade de manter o equilíbrio homeostático. Ocorre uma diminuição progressiva da reserva funcional, que se reflete na capacidade de resposta a situações de stress físico e emocional, com afetação dos sistemas endócrino, nervoso e imunológico, podendo culminar em processos patológicos. Esta modulação de resposta ao stress justifica a abordagem especializada à PI, porque as suas respostas às agressões vão, necessariamente, ser diferentes de um adulto jovem.

Os adultos com mais de 65 anos mantêm as suas características individuais, únicas que, até então, os singularizaram. Deve-se, portanto, manter o respeito pela diversidade individual, independência, participação, autorrealização e dignidade, de cada um dos indivíduos deste grupo etário tão vasto e heterogéneo.

É sabido que o ambiente influencia diretamente a forma como o processo de crescimento de desencadeia, desde o nascimento. De igual forma, o envelhecimento é igualmente influenciado por fatores determinantes. Não é possível compreender o envelhecimento em si sem se entender o contexto onde o mesmo ocorre (Silva & Rodrigues, 2016).

Já na Antiguidade era este o entendimento de Cícero (2009):

(...) as artes, a prática da virtude são as armas mais próprias à velhice, as quais devem ser cultivadas em todas as idades. Quando já se viveu o bastante, produzem frutos extraordinários, porque não só nunca nos abandonam, e muito menos no final da vida – facto de enorme importância – como ainda a consciência de uma vida bem gerida e a recordação de inúmeros actos louváveis constitui uma grande felicidade. (p.17)

Agostinho da Silva, numa entrevista em 1988, quando questionado sobre o que é ser-se velho, disse: “É uma referência ao tempo de trabalho útil da pessoa. Quando se diz que uma coisa está velha – seja gente, um pano ou uma mesa, estamos a falar

do tempo de serviço que ela durou. Porque na nossa cultura temos a mania de que a vida foi feita para trabalhar ou prestar serviço e não de que a vida se fez para viver” (Pinto & Pires, 1990).

Analisar o envelhecimento implica reflexões acerca das mudanças económicas e sociais, necessárias para manter a proteção dos idosos, contemplada na Constituição da República Portuguesa, no artigo 72º, e concretizada em vários projetos que visam a garantia dessa proteção. Implica, também, reconhecer-se que existe uma débil solidariedade intergeracional e, que essa realidade, pode atentar esta proteção. É, assim, fundamental que se perspetive, de forma global e integrada, as nossas atividades coletivas de promoção da saúde e da segurança, com e para, os mais velhos (PNPA, 2012).

1.2 Acidentes não intencionais

O sistema de vigilância EVITA, coordenado pelo Departamento de Epidemiologia do Instituto de Saúde Doutor Ricardo Jorge, em colaboração com a Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS) é quem, desde 2000, recebe as notificações dos Acidentes Domésticos e de Lazer (ADL), notificações essas feitas pelas urgências de unidades de saúde do SNS. Os ADL são todos os acidentes domésticos ou de lazer, registados nas urgências do SNS, cuja causa não seja doença, acidente de viação, acidente de trabalho ou violência (Alves *et al*, 2017).

Nas pessoas com mais de 65 anos, os acidentes não intencionais são uma importante causa de mortalidade, morbilidade e incapacidade com elevado impacto na sua saúde e na qualidade de vida (PNPA, 2012).

As queimaduras são referenciadas, nos relatórios de vigilância da saúde como “outras lesões não intencionais, fatais”, juntamente com o envenenamento e afogamento. A figura/classificação/codificação concreta e queimadura é ainda inexistente (Brusseleers *et al*, 2010). As queimaduras e as intoxicações acidentais são os acidentes domésticos mais frequentes, a seguir às quedas (PNPA, 2012).

A associação *EuroSafe* considera as lesões intencionais e não intencionais (acidentes) um problema de saúde pública previsível e amplamente evitável (Kisser, Walters, Rogmans, Turner & Lyons, 2016).

De acordo com os resultados do sistema de vigilância EVITA, entre os anos 2013- 2015 foram notificados 26.681 casos de ADL. Destes, 2299 corresponderam a adultos com idade entre 65-74 anos e 3808 a adultos com 75 ou mais anos (Alves *et*

al, 2017). De acordo com o mesmo documento, 46,1% destes ADL ocorreram em casa e 1,3% tiveram por mecanismo de lesão queimaduras (do número total de casos notificados).

Já o relatório do *EuroSafe “Injuries in the European Union”*, na sua 6a edição, para os anos 2012-2014, refere que, neste período, foram admitidos nos serviços de urgência, ficando internados, cerca de 5,3 milhões de pessoas, em cada ano, devido a lesões intencionais ou não intencionais. Destes, 38% foram idosos. Com o tipo de lesão a queimadura foram registados 7194 casos, correspondendo a 1% do total de admissões hospitalares. Há ainda os casos de idosos queimados, que recorreram aos serviços de urgência, mas cujo tratamento foi em regime de ambulatório. O número de pessoas que recorreram aos serviços de urgência foi de 32.490.500, dos quais 22.427 eram idosos com mais de 65 anos (Kisser *et al*, 2016).

Nos EUA, os fogos e as queimaduras são a terceira causa de morte não intencional de acidentes domésticos fatais e a 2ª causa nos adultos com mais de 70 anos. Os custos anuais estimados são 7,5 biliões de dólares (Gregg, Patil, Singh, Marano, Lee *et al*, 2018).

No âmbito do Projeto EUROCOST, uma estimativa dos custos diretos dos acidentes domésticos e de lazer, as crianças 0-4 anos e os adultos com mais de 65 anos apresentam os valores mais altos, per capita. Segundo o tipo de lesão, as queimaduras estão em segundo lugar.

Globalmente, 4% dos acidentes domésticos e de lazer geram um internamento com um tempo médio de hospitalização de 5-6 dias. Nas pessoas com mais de 75 anos a percentagem variou entre 11-12%, aumentando o tempo de hospitalização, exponencialmente, à medida que a idade avança, sendo, em média, 11 dias, neste grupo etário (PNPA, 2012).

O aumento subsequente dos custos em saúde e cuidados, em termo dos serviços sociais, torna imperativo que se desenvolva, avalie e implementem medidas preventivas com o objetivo de assegurar a qualidade de vida dos idosos e reduzir os inaceitáveis números face à mortalidade no idoso, nomeadamente os devidos a acidentes. De fato, na UE-25, cerca de 100.000 idosos, por cada ano, perdem as suas vidas devido a acidentes intencionais ou não intencionais (*Center for Research and Prevention of Injuries*, 2005).

1.3 A Pessoa idosa vítima de queimadura

As queimaduras são tidas como incidentes traumáticos comuns que causam significativa mortalidade e morbilidade (Bayuo & Botchway, 2017), com sequelas significativas e que levam a perda substancial da qualidade de vida (Santos *et al*, 2016). De acordo com os mesmos autores, estão dentre as lesões não letais mais dispendiosas e representam uma questão de saúde importante pelos custos associados, ao elevado tempo de internamento, bem como os custos relacionados com a reabilitação funcional, tratamento de feridas e das cicatrizes hipertróficas (Brusseleers *et al*, 2010).

Não há muitos estudos epidemiológicos de queimaduras nos países europeus, o maior (com 188 597 admissões) foi em Inglaterra, entre 1991-2010. Em Portugal, o estudo mais recente data de 2003 e os dados reportam a 1993-1999 (Santos *et al*, 2016).

Estima-se que as queimaduras contam com 10 milhões de *Disability Adjusted Life Years*¹ (DALY's) perdidos, globalmente, em cada ano. Estes dados referem-se a pessoas com contraturas e outras incapacidades que limitam as suas habilidades e/ou capacidade para satisfação autónoma das atividades de vida diária (AVD's) e, como tal, alteram a sua capacidade de serem independentes e economicamente produtivos. Excluem, contudo, os impactos do desfiguramento que, frequentemente, resulta em estigma social e participação numa sociedade, sendo estes mais difíceis de quantificar (WHO, 2008).

Os dados dos anos de vida perdidos servem para medir o hiato entre a situação de saúde real e a desejável, para uma população (Lyons, Ronan, Turner, Walters, Kisser *et al*, 2017).

Os idosos, pelas suas características, relacionadas com o processo de envelhecimento, constituem um fator de risco, relativamente à ocorrência de queimaduras, à particularidade/especificidade dos tratamentos e à recuperação. Estudos comparativos mostram que os idosos com trauma diferem dos mais novos na causa do trauma, mortalidade, complicações e custos (Champion, Edin, Copes, Buyer, Flanagan *et al*, 1989).

¹ DALY é a medida do impacto da doença, em termos de tempo, e que combina a quantidade de saúde perdida devido à doença (YLD – years lost due to disability) ou devida à morte prematura (YLL- years life lost). Esta métrica é preconizada pela OMS e pelo Banco Mundial (Rocha, 2017)

Relativamente ao idoso e à ocorrência do trauma queimadura: por cada ano de idade acima dos 60 anos, aumenta em 12% o risco de mortalidade; por cada 1% de área corporal queimada, o risco de mortalidade aumenta em 9,4% e por cada ponto a menos no RTS (*Revised Trauma Score*) aumenta em 30% o risco de mortalidade (Davis, Prescott, Varas, Quintana, Rosales *et al*, 2012).

Continuam a aumentar as probabilidades de alta clínica para um idoso com queimadura, contudo, quando comparado com pessoas mais novas, idosos com queimaduras são ainda mais prováveis de morrer no 1º ano ou nos primeiros 2 anos após alta e, frequentemente, têm de ser admitidos por causa das co-morbilidades pré-existent e doenças crónicas (Lundgren, Kramer, Rivara, Wang, Heimbach *et al*, 2009).

As queimaduras são, habitualmente, lesões na pele mas podem também lesar diretamente os pulmões e a via aérea e, ocasionalmente, afetar músculos, ossos e outros órgãos internos. São lesões causadas por calor, eletricidade, radiação ou substâncias corrosivas.

A gravidade da lesão é usualmente caracterizada pela extensão da pele afetada, local anatómico, profundidade da lesão, idade do paciente e morbilidades coexistentes (Stylianou, Buchan & Dunn 2014).

As queimaduras nos idosos aumentam as incapacidades físicas, reduzem a qualidade de vida, pela perda de independência, porque podem agravar condições de saúde prévias, dificultam uma nutrição adequada, impedindo-os de recuperarem o anterior estado de saúde e aumentando a mortalidade (Duke, Boyd, Rea, Randall & Wood, 2015).

Os idosos são particularmente suscetíveis ao trauma e a lesões por queimadura devido a incapacidades no juízo crítico, coordenação, equilíbrio e tempo de reação, concomitante com capacidade de fuga, ao agente do mal, reduzida (Jeschke & Peck, 2017).

O PNPA (2012) refere que 14% das vítimas de acidentes domésticos e de lazer são pessoas idosas, sendo muito mais frequente nas mulheres e, “o lar”, como o principal local de ocorrência. Aponta, ainda, os dois fatores determinantes para os acidentes em casa: por um lado o comportamento humano, que pode contribuir para uma maior ou menor extensão do acidente e, por outro, o projeto/manutenção da casa, com inadequação do desenho, escolha de materiais e mobiliário, que podem aumentar a lesão. Faz ainda referência, como fatores predisponentes aos acidentes

da pessoa idosa, a visão, a audição, locomoção, doenças do foro neurológico, falta de vitamina D e polimedicação.

O envelhecimento promove uma série de alterações no organismo que aumentam a vulnerabilidade dos idosos para a ocorrência de lesões não intencionais. Acresce a esta realidade o fato das pessoas idosas, antes de terem um acidente, terem dificuldade em aceitar as suas próprias limitações físicas e os efeitos secundários de alguns medicamentos que afetam o estado de alerta e o equilíbrio (PNPA, 2012).

Na presença de um trauma essas alterações vão interferir na reação a esse trauma (Quadro 1).

Quadro 1 - Alguns aspetos do impacto da fisiologia do envelhecimento no trauma

Sistema Orgânico	Mecanismo	Risco
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Diminuição do mecanismo de resposta ◆ Diminuição da reserva fisiológica 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Sub-identificação de perda significativa de sangue ◆ Diminuição da capacidade de sobreviver ao stress cardiovascular
Pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Diminuição da elasticidade ◆ Perda de alvéolos ◆ Diminuição da clearance muco-ciliar 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Mau resultado com lesão nas costelas ◆ Dificuldade em manter oxigenação ◆ Risco aumentado de infeção pulmonar
Renal/Hepática	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Diminuição GFR ◆ Diminuição da clearance hepática 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Dificuldade na gestão das dosagens dos medicamentos
Renal/Urinarío	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Diminuição GFR ◆ Aumento da próstata ◆ Aumento das taxas de incontinência 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Dificuldade na gestão das dosagens dos medicamentos ◆ Risco de obstrução com medicamentos anti-colinérgicos ◆ Aumento do risco de infeção pelos cateteres vesicais
Oftalmológico/ Otorrinolaringológico	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Diminuição o input sensorial 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Dificuldade em avaliar o estado mental e em comunicar aspetos chave do tratamento
Dentário	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aumento das taxas de dentição insuficiente e pobre 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aumento do risco de lesões dentárias ◆ Aumento da prevalência de bactérias patológicas na flora oral
Musculo-Esquelético	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aumento das taxas de osteoartrose 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Desafios na reabilitação
Cerebral	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Diminuição do tamanho do cérebro 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aumento do risco de hemorragia intracraniana

Fonte - Campbel, 2009

A queimadura grave representa uma agressão particularmente intensa que provoca perturbações orgânicas importantes e um hipermetabolismo e catabolismo intensos e duráveis (proporcionais à extensão e profundidades das queimaduras), com necessidades nutricionais fortemente aumentados. As perdas líquidas

exsudativas diárias são, no adulto na ordem de 1L/10% SCT queimada/dia, até cobertura das queimaduras e estes exsudados contêm grandes quantidades de micronutrientes (Cynober, Bargues, Berger, Carsin, Chioléro *et al*, 2005).

As perdas evaporatórias representam a principal causa de fuga de calor: perto de 580Kcal/Kg de água evaporada.

É sabido que o estado nutricional da PI é frequentemente inadequado, o que contribui de forma significativa para o aumento da mortalidade e agrava o prognóstico das pessoas idosas com doenças agudas e aumenta o recurso à hospitalização (Barbosa, 2013). Esta situação é exponencializada quando o a PI sofre uma queimadura

A nutrição no doente queimado constitui um tratamento primário e tem um grande impacto demonstrado na morbimortalidade (Berger & Chioléro, 2012).

A regulação térmica do doente queimado irá constituir um problema que se irá manter durante muito tempo após cicatrização por ausência de capacidade de vasodilatação e de sudorese das zonas cicatrizes/enxertadas (Berger & Chioléro, 2012).

1.4 O declínio funcional na pessoa idosa

O envelhecimento é o produto de diferentes mudanças funcionais que conduzem o ser humano a uma redução substancial de todas as suas capacidades (Colón, Collado & Cuevas, 2014).

A perda gradual da musculatura esquelética, ou sarcopénia, representa o maior fator determinante do declínio na capacidade funcional, mobilidade e saúde geral da pessoa idosa (Verdijk, Koopman, Schaart, Meijer, Savelberg *et al*, 2006). Tem uma causa multifatorial, endócrina, relacionada com a idade, doenças neurológicas, nutrição desadequada, etc. Uma das causas identificadas é o desuso pela imobilidade e a fragilidade. A fragilidade é um síndrome geriátrico que se caracteriza pela deterioração cumulativa, relacionada com a idade, dos vários sistemas fisiológicos, com a alteração da reserva homeostática e diminuição da capacidade do organismo de suportar o stress (Colón *et al*, 2014). A fragilidade, enquanto síndrome, causa vulnerabilidade e resultados adversos, não sendo, simplesmente, sinónimo de incapacidade e/ou comorbilidades (Fried, Tangen, Walston, Newman, Hirsch *et al*, 2001).

De entre os tratamentos para combater a sarcopénia e os seus efeitos prolongados no tempo, é consensual o treino da força, para alcançar a contração muscular e, assim, incrementar a resistência anaeróbia, a força muscular e o tamanho dos músculos (Colón *et al*, 2014).

Hébert (1997) falava em síndrome do declínio funcional e defendia ser uma das síndromes clínicas mais comuns na medicina geriátrica caracterizada por sintomas não específicos, apresentação atípica, um misto de manifestações físicas, psicológicas, sociais e funcionais e que podia apresentar-se na forma aguda ou sub-aguda. A forma aguda é mais dramática, desenvolvendo-se no espaço de dias a uma semana e, geralmente, causada por 1 a 3 fatores de doença súbita, descompensação de doença crónica ou crise psicológica ou social, com necessidade de admissão hospitalar. A forma sub-aguda, mais insidiosa, desenvolve-se em semanas ou mesmo meses, geralmente como agravamento de uma condição crónica, emergência de uma condição nova ou iatrogenia, causada por medicação de longa duração (efeitos secundários, toxicidade).

O DF tem graves consequências a curto prazo para o idoso, bem como para a sua família. Não podendo ser independentes nas AVD's, vão necessitar da ajuda de familiares ou, na sua ausência ou impossibilidade destes, segue-se a institucionalização (Boyd, Ricks, Frid, Guralnik, Xue *et al*, 2009).

A incapacidade funcional ("*disability*") pode ser conceptualizada usando a definição da OMS/WHO, e que a considera como uma consequência de doença ("*disease*") e define-a como qualquer restrição ou falta (resultante de deficit) de capacidade de realizar uma atividade da forma ou dentro do intervalo considerado normal para um ser humano" (WHO, 2001, p.28).

A definição integra a pessoa como um todo e refere-se às atividades que se espera que a pessoa consiga realizar como tarefas, habilidades e comportamentos. O ICIDH-2 (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) fornece um enquadramento, uma estrutura da interação ou complexa relação entre condição de saúde e os fatores contextuais (i.e. fatores ambientais e pessoais). Há uma relação dinâmica entre estas entidades e intervir numa tem o potencial de alterar as restantes (WHO, 2001).

Funcionalidade é um termo generalista para funções corporais, estruturas do corpo, atividades e participação. Denota aspetos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e fatores contextuais do indivíduo (fatores pessoais e ambientais).

Functioning é um termo geral para funções corporais, estruturas corporais, atividades e participação. Denota os aspetos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os fatores de contexto desse indivíduo (fatores ambientais e pessoais).

Disability é um termo geral para deficiências, limitações de atividade e restrições de participação. Denota os aspetos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os fatores de contexto desse indivíduo (fatores ambientais e pessoais). (WHO, 2001, p.158)

Ao longos dos anos têm sido vários os estudos efetuados sobre o declínio funcional na pessoa idosa hospitalizada, seja em situação aguda de trauma (como é o caso da queimadura no idoso) ou doença súbita, seja por agudização de doença crónica ou em situação de doenças, à partida, não incapacitantes como uma pneumonia, p.e.

A ideia de que a hospitalização pode ser perigosa para o paciente, foi falado, pela primeira vez, em 1964 por Schimmel, no artigo "*The Hazards of Hospitalization*", onde descreveu os eventos adversos que ocorreram numa amostra de 1000 doentes (Pierluzzi, Francis & Covinsky, 2014). Mais tarde, em 1993, Morton Creditor expandiu o conceito para incluir um problema mais prevalente, *hospitalization-associated functional decline*, no seu artigo "*Hazards of hospitalization of the elderly*" (Creditor, 1993).

Resultam desses estudos que, pelo menos, 30% dos idosos com mais de 70 anos hospitalizados, com doença aguda revelam declínio persistente na sua capacidade de satisfazer de forma independente as AVD's (Boyd *et al*, 2009; Buurman, Hoogerduijn, Haan, Abu-Hanna, Lagaay *et al*, 2011; Covinsky, Pierluzzi & Johnston, 2011).

Este declínio tem sido designado de incapacidade associada à hospitalização (IAH) (*hospitalization-associated disability* - HAD) e manifesta-se como a perda de capacidade para executar uma das AVD's necessárias para viver independentemente, sem necessidade de assistência de terceiros. A IAH desenvolve-se durante o tempo que medeia o início da sua doença aguda e a alta hospitalar. Não pode ser explicada por uma única causa e desenvolve-se em idosos vulneráveis que acumulam incapacidades em múltiplos domínios. Estas vulnerabilidades aparecem sob a forma de comorbilidades, incapacidades cognitivas e fatores psicossociais como a depressão. Para determinar se um paciente adquiriu IAH, é importante olhar para o nível de independência e função que tinha antes da doença aguda e aceder às

alterações na função que existem após e que não são resultado direto da doença aguda (Covinsky *et al*, 2011).

Em 1987, foi conduzido um dos primeiros estudos prospectivos de DF associado com a hospitalização. Pacientes independentes 2 semanas prévias ao internamento, ao segundo dia de internamento, 81% apresentava dependência em pelo menos 4 dos 7 domínios das AVD's (Hirsch, Sommers, Olsen, Mullen, Winograd *et al*, 1990). Num outro estudo, desenvolvido entre 1989-1991, com uma amostra de 498 utentes com 70 ou mais anos, chegou a conclusões semelhantes: cerca de 1/3 dos doentes com mais de 70 anos apresentavam declínio na satisfação das AVD's no momento da alta (Brown, Friedkin & Inouye, 2004).

Os riscos da hospitalização para os idosos assumem outra ordem de grandeza não só para os próprios como para os sistemas de saúde, os legisladores, numa população envelhecida e a envelhecer (Pierluzzi *et al* 2014). A imobilidade está associada a um maior uso dos recursos hospitalares, ao aumento do tempo de internamento e à readmissão hospitalar nos 30 dias subsequentes à alta hospitalar (Kamel, Iqbal, Mogallapu, Maas, Hoffmann, 2003; Hartley, Keevil, Alushi, Charles, Conroy *et al*, 2019; Bergbower, Herbst, Cheng, Aversano, Alexander *et al*, 2020).

São apontados como fatores de risco para o desenvolvimento de IAH fatores pessoais, psicossociais e o contexto/ambiente hospitalar (Admi, Shadmi, Baruch & Zisberg, 2015).

Nos fatores pessoais são referidos idade, funcionalidade pré-existente, baixo status cognitivo prévio à hospitalização (Zisberg, Shadmi, Gur-Yaish, Tonkikh & Sinoff, 2015; Hoogerduijn, Schuurmans, Duijnste, Rooij & Grypdonck, 2007; McClusker, Kakuma & Abrahamowicz, 2002), status nutricional e malnutrição (Covinsky, Martin, Beyth, Justice, Sehgal *et al*, 1999).

Dentre os fatores de risco para a IAH destacam-se: a reserva funcional antes da doença aguda (idade avançada, declínio da função física, declínio da função cognitiva, síndromes geriátricas, depressão e falta de suporte social) (Covinsky *et al*, 2011), a severidade da doença aguda, fatores da hospitalização (ambiente físico stressante e pouco adaptado às pessoas idosas, a restrição da mobilidade, a desnutrição, a dependência forçada) e fatores pós-hospitalização (qualidade do planeamento da alta, condições habitacionais, recursos socioeconómicos e suporte comunitário) (Tavares, Gracio & Nunes, 2017).

É consensual, aos vários autores, o reconhecimento do papel importante que os fatores pessoais desempenham na mortalidade, incapacidade e morbidade relacionado com a hospitalização (Admi *et al*, 2015).

O ambiente hospitalar pode, também, exercer consequências psicológicas negativas causando, na PI, sentimentos de inutilidade, medo ou sem controlo sobre o que lhes está a acontecer (Admi *et al*, 2015). Os sintomas depressivos entre os idosos são comuns e são considerados uma epidemia silenciosa da era moderna e, a hospitalização, pode precipitar a sua manifestação que, por vezes se mantém até três meses pós-alta (Covinsky *et al*, 1999; McKenzie, Clarke, McKenzie, & Smith, 2010).

Os fatores sociais, identificados como potenciadores da instalação do DF no idoso hospitalizado, relacionam-se com a existência e presença do cuidador informal. Contudo, os estudos não são esclarecedores e são, até, contraditórios. Se uns identificam a sua presença como benéfica para o status cognitivo, sintomas depressivos e apetência para o cuidar, outros relatam resultados negativos como maior incidência do *delirium*, tempo de internamento prolongado ou re-hospitalização (Admi *et al*, 2015).

Mais recentemente, os estudos sobre o DF têm-se debruçado sobre os fatores do ambiente hospitalar que parecem promover ou causar o DF e a IAH e que são passíveis de ser modificados se identificados e reconhecido que seja o seu papel na instalação desta síndrome. São apontados os seguintes fatores:

- Restrição da mobilidade, frequentemente relacionada com indicação terapêutica de repouso no leito, acesso limitado a cadeirões, camas altas, uso de contenções físicas, incluindo acessos venosos e cateteres urinários (Covinsky *et al*, 2011).
- A nutrição deficiente ou malnutrição durante o internamento é, com frequência, uma consequência da dieta zero prolongada, dieta não consistente com as preferências e gostos do doente (em termos de sabor e consistência) e carência no acesso a comida e líquidos (Covinsky *et al*, 1999; Covinsky *et al*, 2011).
- Um dos motivos apontados como principal causa de incontinência adquirida no hospital é o uso extensivo e excessivo de fraldas e cateteres urinários em pacientes frágeis, confusos e imobilizados (Admi *et al*, 2015). O uso destes dispositivos tem sido vinculado a efeitos deletérios como úlceras por pressão, infeções urinárias de repetição, depressão e dependência funcional (Holroyd-Leduc, Mehta & Covinsky, 2004).

- A polimedicação é comum nos idosos. Ainda que a sua indicação seja terapêutica, está muitas vezes associada a efeitos secundários, como quedas. Estes efeitos secundários ocorrem 2,5 vezes mais nos idosos do que nos adultos com menos de 65 anos de idade e estão mais relacionados com o grupo farmacológico (drogas psicoativas e benzodiazepinas) do que ao número de medicamentos (Peron, Gray & Hanlon, 2011).

O ambiente humano e físico do hospital é, muitas vezes, não seguro e tende a ser barulhento, com privação sensorial e social, tornando-se um ambiente desorientador. Este ambiente desencoraja a mobilidade, exacerba a desorientação, disrupta o sono, leva ao isolamento social e aumenta a probabilidade de ocorrerem quedas (Covinsky *et al* , 2011; Admi *et al*, 2015).

Todos estes fatores podem ser passíveis de ação que possa prevenir a instalação do DF e IAH. Contudo, se nos fatores pessoais pouco possa ser feito (Sourdet, Lafont, Rolland, Nourhashemi & Vellas, 2015), nos riscos relacionados com o ambiente hospitalar e cuidados já muito se pode fazer, sendo uma responsabilidade dos prestadores de cuidados, legisladores, administradores hospitalares, administradores de cuidados, etc.

Sourdet *et al* (2015) avançam com o conceito de incapacidade iatrogénica (*iatrogenic disability*) para evidenciar o DF que resulta de um ou vários eventos iatrogénicos (*iatrogenic adverse events*), ocorridos durante a hospitalização. “Qualquer lesão, dano ou complicação involuntária que resulta mais da gestão dos cuidados de saúde do que do processo de doença subjacente” (p.2).

Alguns eventos iatrogénicos são não preveníveis ou não evitáveis, como a reação alérgica a uma terapêutica. No estudo que efetuaram, os autores apontaram que 36,9% dos pacientes que experienciaram pelo menos 1 evento iatrogénico (e que representam 7,5% dos pacientes admitidos e considerados na amostra do estudo) e esses eventos foram julgados como evitáveis, preveníveis. Ainda que a maioria tenha recuperado totalmente, sem incapacidade permanente, os eventos adversos contribuíram para o aumento do tempo de internamento e incapacidade temporária. Contudo, uma pequena mas significativa proporção de pacientes faleceu ou experienciou incapacidade permanente (Baker, Norton, Flintoft, Blais, Brown *et al*, 2004).

1.5 Filosofia do cuidar

O *Institute of Medicine* (IOM) (2001) define CCP como o cuidado que respeita e responde às preferências, necessidades e valores individuais dos doentes e assegura que os valores do doente orientam todas as decisões clínicas.

Estes atributos são mais do que desejáveis na medida em que são críticos para providenciar o cuidado certo, à pessoa certa, no tempo certo (Epstein, Fiscella, Lesser & Stange, 2010).

Esta abordagem é igualmente promovida pela OMS com o objetivo global de humanizar os cuidados de saúde, ao garantir que estão assentes nos princípios universais dos direitos humanos e dignidade, não discriminação, participação e empoderamento, acesso, equidade e parceria entre iguais (WHO, 2007a).

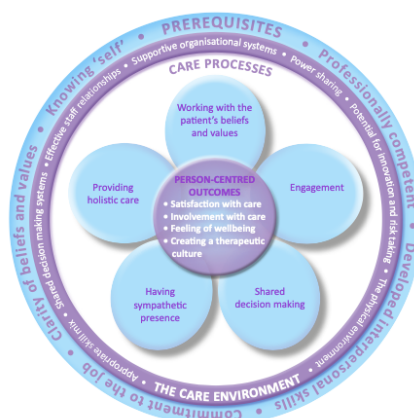
A Declaração universal sobre bioética e direitos humanos da UNESCO, no seu artigo 8º declara que a “vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas. Indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada” (UNESCO, 2005, p.8).

O conceito de envelhecimento ativo e saudável assenta nos processos e capacidade de adaptação da pessoa ao envelhecimento, de resiliência e plasticidade. O cuidado tradicional, frequentemente, considera a PI como um recetor passivo da intervenção clínica, sem capacidade de gerir e mobilizar os recursos na tomada de decisão sobre a sua saúde (Philp, Tugay, Hildon, Aw, Jeon, *et al*, 2017). Uma abordagem global e compreensiva é necessária para compreender os fatores complexos que contribuem para as necessidades dos idosos e para integrar o cuidado à volta das prioridades específicas e objetivos do idoso, nas circunstâncias da sua vida. Os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, precisam de desenvolver habilidades e competências que respeitem e assegurem tomadas de decisão conjuntas e empreendam uma abordagem e avaliação holísticas, que reconheçam tanto as necessidades biopsicossociais, como as capacidades da PI (Philp *et al*, 2017). Os mesmos autores defendem, ainda, que a tomada de decisão partilhada deve sustentar e ser a base na qual se sustentam os cuidados, se o que se pretende é respeitar e apoiar a autonomia da PI. Alertam, ainda, para a necessidade de comprovar esta autonomia para a tomada de decisão, devendo ser avaliada a capacidade da PI para receber informação, retê-la, avaliar e comunicar os seus

desejos. Caso seja ou esteja limitada, deve ser identificada uma pessoa que advogue pela PI.

McCormack e McCance (2006) apresentaram uma estrutura da enfermagem centrada na pessoa e que compreende quatro construtos: para chegar ao centro da estrutura, devem ser primeiro considerados os **pré-requisitos** (focados nos atributos do enfermeiro), depois o **ambiente de cuidados** (focado no contexto de prestação de cuidados), que é necessário para **prestar cuidados** efetivos através dos processos de cuidados (focados na prestação de cuidados atendendo às crenças e valores dos doentes, compromisso, partilha da tomada de decisão e cuidado holístico). Esta ordenação conduzirá à obtenção dos **resultados** (componente central da estrutura e inclui a satisfação com os cuidados, sentimento de bem estar e criação de ambiente terapêutico). Figura 1

Figura 1 - *The person-centered nursing framework.*



Fonte – McCormack & McCance (2006)

Esta estrutura, inicialmente mais direcionada para a enfermagem, viu a sua aplicação ser generalizada a outros contextos que não exclusivamente de enfermagem, levando a que as autoras procedessem a um ajustamento da estrutura, desenhando-a da enfermagem e alargando a linguagem e aplicação a outros contextos multidisciplinares (McCormack, Dewing, Breslin, Coyne-Nevin, Kennedy *et al*, 2010).

O CCP compreende, assim, um planeamento de cuidados que se baseia nas preocupações individuais da PI, tendo em linha de conta os recursos disponíveis localmente e que podem ser usados para abordar as prioridades da PI (tecnologia, cultura, geografia, acessibilidade aos cuidados de saúde e serviços sociais) (Philp *et al*, 2017).

2. CONTEXTOS DA EXECUÇÃO DO PROJETO

De acordo com Benner (1984), o contato com situações reais permite ao enfermeiro identificar e interpretar problemas, planejar ações de forma organizada, alterar o que foi planeado após uma avaliação dos resultados obtidos e, com uma visão global do problema, colocar hipóteses alternativas, tornando-se, desta forma, perito numa determinada área. Neste sentido, a visita a diferentes contextos clínicos durante a fase de pré-projecto na UC Opção II, no 2º semestre, permitiu conhecer as unidades onde poderia desenvolver o projeto e promovesse o contacto com a PI em contexto comunitário e em contexto hospitalar/internamento – uma UCC e uma UQ.

As UCC são estruturas organizacionais dos centros de saúde, com autonomia organizada e técnica e em intercooperação com as demais unidades funcionais. A UCC onde estagiei pertence a um concelho que apresenta uma população tendencialmente envelhecida, sendo que o índice de envelhecimento tem vindo a aumentar anualmente, em comunhão com a taxa de natalidade que tem vindo a diminuir gradualmente².

A Unidade de Queimados do Centro Hospitalar Universitário onde estagiei está integrada na área de especialidades cirúrgicas e destina-se ao tratamento de doentes queimados prestando assistência permanente aos doentes com queimaduras, otimizando o nível assistencial no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento, tanto nos aspetos qualitativos como quantitativos, através da gestão eficiente dos recursos³.

O doente queimado necessita de uma abordagem multidisciplinar, num ambiente seguro, com profissionais de saúde peritos, habilitados e formados para cuidar destes doentes. Os procedimentos vigentes nesta UQ seguem as *guidelines* internacionais para o tratamento do doente queimado e constituição das unidades de queimados, em termos de material, formação especializada dos profissionais de saúde, rácios, etc, emanadas por associações como a EBA (*European Burn Association*) e a ABA (*American Burn Association*) e adaptadas para o nosso sistema de saúde (Paprocktk, Krezdorn, Young, Ipaktchi, Hebebrand *et al*, 2016).

² Manual de Articulação da UCC. Junho 2011

³ Procedimento Sectorial da UQ

3. FINALIDADE E OBJETIVOS

A finalidade deste projeto foi desenvolver competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros e, no âmbito da pessoa idosa queimada, para contribuir para a melhoria dos cuidados e constituindo uma mais valia para a minha formação e equipa onde estou inserida. Este relatório visa, igualmente, a obtenção do grau de mestre e a aquisição de competências definidas nos descritores de Dublin para o 2º Ciclo de estudos (Dec-Lei nº 63/2016 de 13 de Setembro).

Ao interligar as competências esperadas pelo grau de mestre às do título de EE, é meu objetivo tornar-me perito na área e adquirir a “formação teórica, científica, técnica e humana para uma prática de cuidados de enfermagem especializados em situações de alta complexidade, para a liderança de cuidados e equipas, a produção e disseminação do conhecimento científico” (ESEL, 2020).

A prática baseada na evidência (PBE) melhora a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde, melhora os resultados em saúde, para além de diminuir a variação geográfica nos cuidados e reduzir os custos. Evoluiu de um conceito inicial que a definia como o uso consciencioso da melhor evidência na tomada de decisão acerca do cuidado ao doente, para um conceito mais abrangente que inclui a abordagem de problemas para toda a vida, que integra os estudos de alta qualidade com a perícia do prestador de cuidados e, também, as preferências e valores do doente (Melnik, 2017).

É de extrema importância considerar a saúde do indivíduo perspetivando toda a sua vida e ter em devida conta os aspetos socioculturais, relacionais e pessoais (Roksund, 2011).

Compreender o fenómeno do DF e da IAH, o tempo de instalação do mesmo, os preditores de recuperação dos idosos hospitalizados são essenciais para o planeamento dos cuidados, a otimização das estratégias preventivas e de reabilitação devendo, por isso, ser do conhecimento dos legisladores para que se possam criar e/ou reformular as leis, para melhor adequação dos serviços disponibilizados à população (Boyd *et al*, 2009).

Admi *et al* (2015) defendem que os administradores hospitalares e o corpo clínico devem adotar modelos de cuidar que mantenham o status funcional do idoso hospitalizado por forma a minimizar os efeitos da hospitalização e protegendo esta

população frágil e vulnerável. O foco dos líderes institucionais deve ser na prevenção das complicações decorrentes da hospitalização da PI, com vista a ganhos na melhoria dos cuidados, para o doente/família, para os profissionais de saúde e para as instituições.

São vários os modelos existentes que procuram adequar os cuidados à pessoa idosa. Têm em comum o tornar os hospitais “amigos da pessoa idosa”, com o intuito de promover a segurança, minimizar o DF e mitigar resultados médicos e sociais adversos para as pessoas idosas (Creditor, 1993; Tavares *et al*, 2017).

Assim, foram objetivos gerais para este estágio:

- Identificar fatores e comportamentos de risco para a ocorrência de queimaduras na pessoa idosa, em contexto domiciliário.
- Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados para a prevenção de queimaduras, em contexto domiciliário.
- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados para a prevenção do declínio funcional e da incapacidade associada à hospitalização.

Como objetivos específicos delineeii:

- Observar as condições habitacionais da pessoa idosa.
- Identificar fatores de risco da habitação para a ocorrência de queimaduras.
- Identificar comportamentos de risco da pessoa idosa para a ocorrência de queimaduras.
- Identificar a intervenção do enfermeiro na prevenção do declínio funcional na pessoa idosa queimada – revisão *scoping*.
- Promover intervenções de prevenção de incapacidade associada à hospitalização.
- Promover a formação da equipa de enfermagem nos cuidados de prevenção do declínio funcional e incapacidade associada à hospitalização na pessoa idosa vítima de queimadura.

4. ATIVIDADES PLANEADAS

Roksund (2011) defende que cuidados de saúde preventivos abarcam decisões e medidas em todos os sectores da sociedade e envolvem diversos grupos profissionais, onde se incluem os enfermeiros. Considera, ainda, que deverão ser priorizadas as iniciativas e estratégias sociais orientadas para a população ao invés de dirigidas especificamente para o indivíduo ou determinada doença. Serviços e tratamentos preventivos reduzem a necessidade de intervenções custosas, mais tarde (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2004).

O trabalho junto das comunidades, dentro da casa dos utentes são locais e momentos privilegiados para se observarem os comportamentos, eventualmente, de risco e poder atuar antes que ocorram acidentes não intencionais.

Para alcançar o objetivo a que me propus na UCC planei as seguintes atividades:

- Reunião informal com a Enf^a Coordenadora da UCC (que era simultaneamente a minha orientadora de estágio), com vista a compreender a organização e funcionamento das equipas, a conhecer as equipas de intervenção, os materiais disponíveis, a logística e os projetos e atividades em que estavam envolvidos.
- Visita guiada às instalações onde está inserida a sede da UCC.
- Identificação do circuito das referenciações dos utentes para a equipa da UCC, como estão organizadas as equipas e como são organizadas as saídas.
- Consulta de protocolos, normas, manuais e como são feitos os registos de enfermagem.
- Acompanhar as equipas nas visitas domiciliárias e:
 - Observar a realidade dos idosos no domicílio.
 - Observar a existência de fatores de risco para a ocorrência de lesões não intencionais no domicílio.
 - Prestar cuidados ao idoso na comunidade.
 - Fazer ensinios ao idoso e família sobre prevenção do declínio funcional (enquanto consequência do envelhecimento)
 - Fazer ensinios ao idoso e família sobre prevenção de queimadura no domicílio.

A aprendizagem por observação é reconhecida pela psicologia como uma das formas de adquirirmos um vasto número de respostas, de incorporar as funções a exercer, contribuindo a observação, para muitos tipos de comportamentos. A mesma irá acontecer por meio de quatro processo: a atenção (dada ao comportamento da outra pessoa que escolhemos como modelo); a retenção (armazenamento das respostas desse modelo); a reprodução (que é a conversão das imagens mentais em comportamento observável) e a motivação (de quem observa) (Targino, 2013).

A hospitalização representa para a PI um risco, devendo o enfermeiro atuar na prevenção dos efeitos deletérios associados ao DF e à IAH.

Embora passe por uma responsabilidade da equipa multidisciplinar, cabe ao EE assumir o lugar de excelência para a sensibilização da equipa para esta problemática, promovendo intervenções autónomas, orientando os pares na prática dos cuidados e alertando-os para a necessidade de prevenir o declínio funcional.

Para atingir os objetivos proposto para a UQ planeei as seguintes atividades:

- Reunião informal com a Enf^a Chefe e com a Enf^a Orientadora, visando compreender a organização e funcionamento das equipas, conhecer as equipas de intervenção, os materiais disponíveis, a logística e os projetos e atividades em que estavam envolvidos.
- Visita guiada às instalações da UQ.
- Conhecer o circuito do doente queimado dentro do hospital até chegar à UQ.
- Consulta de protocolos, normas, manuais e como são feitos os registos de enfermagem.
- Prestar cuidados ao idoso queimado internado na UQ.
- Promover ambiente seguro
- Colaborar com os demais elementos da equipa multidisciplinar

A Enf^a Orientadora é o segundo elemento da UQ, não lhe sendo atribuídos doentes. Ficou decidido, com a Enf^a Chefe, que eu acompanharia a minha Enf. Orientadora nas suas funções e colaborava com a restante equipa, de acordo com as minhas necessidades de aprendizagem e a consecução dos objetivos delineados.

Foi uma mais valia para a minha formação porque pude observar e/ou colaborar na planificação da distribuição dos cuidados necessários (segundo critérios como o número de horas de cuidados necessários, existência de doentes em isolamento por infeção), gestão de recursos materiais e de equipamentos.

Face aos dois locais de estágio procurei desenvolver estratégias de adaptação, integração e de desenvolvimento pessoal. Neste sentido, considero que tive uma boa

integração nos diferentes serviços e nas equipas multidisciplinares. Sempre me mostrei disponível para participar em todas as atividades nos serviços, bem como colaborar com todos os elementos da equipa, incrementando a minha aprendizagem.

Com o intuito de perceber a produção científica efetuada sobre o cuidado prestado à pessoa idosa queimada e à intervenção do enfermeiro na prevenção do seu DF que efetuei uma revisão *scoping* (RS).

A RS permite mapear sistematicamente a literatura disponível sobre um tópico, identificando conceitos-chave, teorias, fontes de evidência e lacunas na investigação (*Canadian Institutes of Health Research*, 2010). Pode cumprir vários objetivos: pode examinar a extensão (i.e., o tamanho), o alcance (variedade) e natureza (características) da evidência científica sobre um tópico ou questão; determinar o valor da realização de uma revisão sistemática, resumir resultados de um corpo de conhecimentos heterogéneo em métodos ou disciplina; ou identificar lacunas na literatura para auxiliar o planeamento e propor futuras pesquisas (Tricco, Lillie, Zarin, Colquhoun, Kastner *et al*, 2016).

Arksey e O'Malley apresentaram uma primeira metodologia de desenvolvimento de uma RS em 2005 que, mais tarde, foi complementada por Levac *et al*, em 2010, e Peters *et al*, em 2015 (Tricco *et al*, 2016). Para reduzir o risco de produção de resultados diferentes, pelo uso de diferentes metodologias de pesquisa, o *Joanna Briggs Institute* (JBI), em 2015, publicou um guia metodológico para conduzir uma RS. Acrescentam que a RS pode ser útil para examinar evidência científica emergente quando ainda seja incerto que outras questões, mais específicas, possam ser colocadas e validamente abordadas (JBI, 2015).

Apresento no sub-capítulo 5.1 a RS e disponibilizo em apêndice o protocolo da RS (Apêndice I).

Não preservar a funcionalidade da PI hospitalizada é, na perspetiva dos autores, uma inconsistência com o que defende a gerontologia, bem como constitui uma fraude para com o que os idosos nos merecem em termos de cuidados (Boltz, Capezuti, Shabbat & Hall, 2010).

Para além dos fatores de riscos intrínsecos extrínsecos apontados para o desenvolvimento da IAH, temos ainda de estar atentos ao comportamento do doente que acaba por ser auto-limitador da mobilidade: o medo de cair da cama ou quando deambula pode levar o idoso a não querer sair da cama.

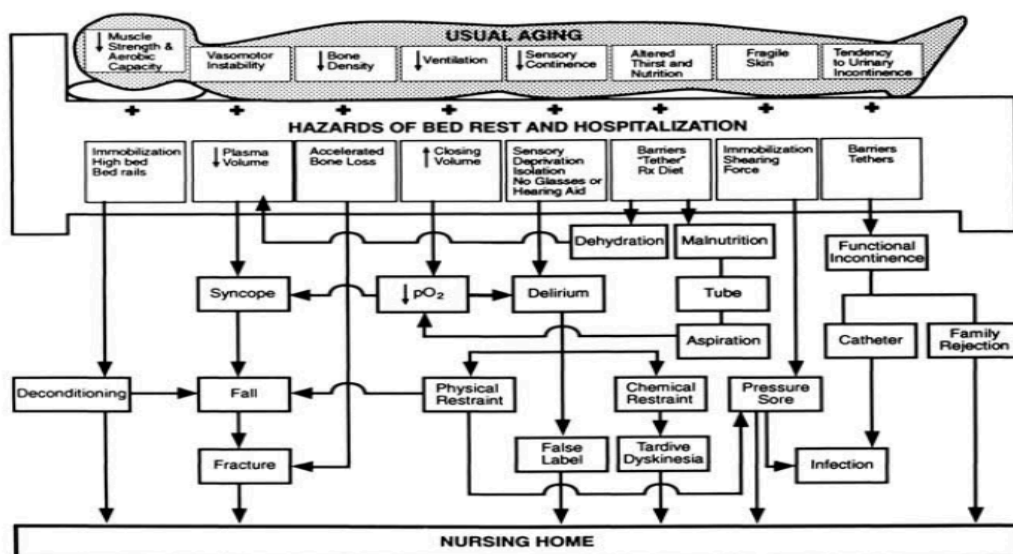
Processos de cuidados restritivos:

- repouso absoluto

- restrição ao leito
- dispositivos restritivos dos movimentos
- atividade física limitada (Boltz *et al*, 2010)

Tudo isto contribui para a cascata da dependência.

Figura 2 - Cascata para a dependência



Fonte - Creditor (1993)

Estudos sugerem que as intervenções de enfermagem que promovem e suportam a independência funcional e a atividade da PI pode mitigar o risco de IAH, motivando-o a participar nas atividades em vez de o substituir (Boltz, Resnick, Capezuti, Shuluk & Secic, 2012).

Não podemos nunca distanciar-nos do verdadeiro conceito de cuidar, do cuidado em enfermagem. Waldow (1995) diz-nos que “cuidar significa empreender comportamentos e ações que envolvam conhecimentos, valores, habilidades e atitudes, no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer” (p.30). Segundo a mesma autora, cuidar inclui “ações e atitudes de assistir, apoiar, capacitar e facilitar” (p.13) com o objetivo de ajudar a outra pessoa a cuidar de si própria, favorecendo a sua “potencialidade existencial de vir a ser” (p. 22).

Hesbeen (2000) refere que o cuidado designa o facto de se prestar atenção especial a uma pessoa que vive uma situação particular, com o propósito de ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar e a promover a sua saúde.

5. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DA EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES

5.1 Revisão *Scoping*

A intervenção do enfermeiro na prevenção do declínio funcional da pessoa idosa queimada: uma revisão *scoping*.

BACKGROUND

São várias as perspetivas pelas quais se pode olhar para o envelhecimento. O seu conceito tem sofrido alterações e evoluído ao longo dos anos consoante as atitudes, crenças, cultura, conhecimentos e relações sociais de cada época.

O envelhecimento demográfico é, no essencial, a “progressiva diminuição do peso das gerações mais jovens a favor das gerações mais velhas” (Bandeira, Azevedo, Gomes, Tomé, Mendes *et al*, 2014). Podemos, também, falar de idade biológica, social e psicológica, que podem ser diferentes da idade cronológica. A idade biológica está ligada ao envelhecimento biológico; a idade social refere-se ao papel, hábitos e estatuto da pessoa, sendo fortemente determinada pela cultura e história de um país. Por fim, a idade psicológica onde a competência comportamental face às mudanças do ambiente que a rodeia se torna relevante, e onde se inclui a inteligência, a memória e a motivação (Cancela, 2008).

Sabemos que o envelhecimento acarreta mudanças inevitáveis e irreversíveis (Fulmer, 2019) e que são, parcialmente, responsáveis pelo risco aumentado que este grupo populacional tem de desenvolver alterações nas condições de saúde.

A diminuição da reserva funcional, decorrente do envelhecimento dito normal, altera a capacidade de resposta a situações de trauma, que é diferente no adulto jovem, no idoso jovem e no idoso com mais de 80 anos. A resposta aos tratamentos e terapêuticas é igualmente distinta. Por outro lado, as alterações a nível dos vários sistemas propiciam a ocorrência de acidentes (PNPA, 2012).

Nas pessoas com mais de 65 anos, os acidentes não intencionais, onde, em termos epidemiológicos se incluem as queimaduras, são uma importante causa de mortalidade, morbilidade e incapacidade, com elevado impacto na sua saúde e na qualidade de vida (PNPA, 2012).

Em termos mundiais, são a 4^a causa mais comum de procura de cuidados médicos. O tempo de internamento é mais longo e a taxa de mortalidade é mais elevada nos idosos do que nas faixas etárias mais novas (WHO, 2008). São a principal causa de incapacidade e desfiguramento. Estima-se que queimaduras relacionadas com fogo concorrem para 10 milhões de *disability adjusted life years* (DALYs) perdidos, globalmente, em cada ano. Isto inclui pessoas com contraturas ou outras incapacidades físicas que irão limitar a sua função/funcionalidade e, como tal, limitam a possibilidade de uma vida normal e economicamente produtiva. Exclui, contudo, o impacto da desfiguração que, frequentemente, resulta em estigma social e restrições na participação na sociedade e que são mais dificilmente quantificáveis (WHO, 2008).

As queimaduras nos idosos têm sido atribuídas a diminuição da força muscular, mecanismo de proteção prejudicado, múltiplas comorbilidades, diminuição do tempo de reação, atrofia da pele, diminuição dos mecanismos de defesa, diminuição da mobilidade e da destreza e deficiente microcirculação. Há ainda relação com abuso e negligência (Bayo & Botchway, 2017; Pham, Kramer, Wang, Rivara, Heimbach *et al*, 2009; Davis *et al* 2012).

A idade não pode ser considerada como um fator independente/explicativo para o declínio funcional mas sim um fator associado à diminuição do potencial de recuperação (Menezes, Oliveira & Menezes, 2010). Estudos sugerem também que a fragilidade tem um papel mais e importante e preditivo na ocorrência de resultados adversos e mortalidade do que a idade cronológica (Sepehripour, Duggineni, Shahsavari & Dheansa, 2018).

O desenvolvimento da deterioração funcional é o fator de risco mais relevante para a dependência, a institucionalização, a utilização de recursos de saúde e sociais, na população mais velha e a mortalidade. Diversos fatores associam-se à perda da independência do idoso perante a doença aguda e a hospitalização prolongada como a idade ou o desempenho funcional prévio, a própria doença e condições clínicas co-existent, bem como as características dos cuidados prestado em meio hospitalar (Menezes *et al*, 2010).

Em termos funcionais, os défices adquiridos podem seguir diferentes trajetórias: resolvidos durante o internamento, manter-se estáveis ou sofrer agravamento.

A permanência no leito, por longos períodos, conduz a perda da força muscular. Esta pode ser perdida a uma magnitude de 10 a 15% por semana de desuso, podendo ser perdida até 5,5% por dia de repouso (Guedes, Oliveira & Carvalho, 2018).

Estudos efetuados indicam que 30 a 60% dos pacientes com 70 ou mais anos têm alta hospitalar com perda de independência nas AVD's, independentemente de necessitarem de assistência antes da admissão. Estes doentes têm maior risco de mortalidade, re-hospitalização, necessidade de cuidados formais ou informais no domicílio e/ou institucionalização (Sourdet *et al*, 2015).

O declínio funcional é uma das principais consequências da hospitalização. Pode ser descrito como a perda de independência para a satisfação das AVD's ou a deterioração na capacidade para o autocuidado (Hoogerduijn *et al*, 2007).

Pode apresentar-se como uma condição aguda associada, p.e., a uma emergência médica/cirúrgica, e desenvolve-se no espaço de 2 dias a 1 semana. A sua forma subaguda é mais insidiosa, geralmente associada a agravamento de uma condição crónica ou iatrogénica desenvolve-se em semanas ou meses. Ambas levam à hospitalização. As consequências do DF manifestam-se a vários níveis: físicos, psicológicos e sociais (Hébert, 1997).

É consensual que a prevenção da instalação do DF é a melhor atitude.

Boltz *et al* (2012) apresentam o cuidado baseado na função enquanto filosofia de cuidado, em que o enfermeiro se foca na manutenção e/ou recuperação da função e não somente na causa que levou à hospitalização. Hoogerduijn *et al* (2007) defendem que o enfermeiro, pela sua capacidade de observação, pelo seu envolvimento nas AVD's, pela visão integrativa que tem do doente, desempenha um papel fundamental e chave na prevenção do DF.

Sourdet *et al* (2015) falam em incapacidade iatrogénica, que é o DF resultante de eventos iatrogénicos (incidentes/acidentes/complicações não intencionais que resultam de um ato de cuidado e não do processo de doença em si, podendo ser evitáveis ou não evitáveis) graves/severos, ocorridos durante a hospitalização. Defendem que a gestão dos cuidados de saúde ministrados também pode contribuir para a instalação da IAH: repouso no leito prolongado, polimedicação, uso abusivo de cateteres urinários, acesso endovenosos, restrição física e dietas restritivas ou inadequadas contribuem para a cascata da dependência.

A prevenção da incapacidade associada à hospitalização é possível se forem identificados os fatores de risco que são considerados modificáveis (Zisberg *et al*, 2015).

Uma busca preliminar nas bases de dados CINHALL, JBI *Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, The Cochrane *Database of Systematic Reviews*, revelou que não estavam publicadas ou em progresso outras

revisões *scoping* sobre a intervenção do enfermeiro na prevenção do declínio funcional da pessoa idosa queimada.

O objetivo desta revisão *scoping* é mapear a literatura sobre o declínio funcional da pessoa idosa queimada.

IDENTIFICAÇÃO DA QUESTÃO DE PESQUISA

Tendo em conta o tópico de interesse e com base na mnemónica PCC, recomendada pelo *The Joanna Briggs Institute* (2015), na qual P representa a população, C o conceito e o último C o contexto, foram estabelecidos os seguintes elementos: (P) – idosos (idade superior ou igual a 65 anos) vítimas de queimaduras; (C) – estudos que abordem os fatores que influenciam o declínio funcional da pessoa idosa queimada; (C) – irão ser considerados todos os ambientes de prestação de cuidados de enfermagem que abordem os fatores que influenciam o declínio funcional na pessoa idosa queimada. Esta mnemónica traduz-se, assim, nas seguintes questões de investigação:

Quais os fatores que influenciam o declínio funcional da pessoa idosa queimada?

Qual a intervenção do enfermeiro na prevenção do declínio funcional da pessoa idosa queimada?

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

A revisão incluiu estudos referentes à intervenção do enfermeiro na prevenção do declínio funcional da pessoa idosa queimada, realizados em contextos de ambiente de cuidados hospitalares ou na comunidade e estudos de outras disciplinas da área da saúde que se considerou acrescentarem dados relevantes para o mapeamento do tema. Foram, ainda, incluídos, todos os estudos qualitativos e quantitativos, artigos científicos, com texto integral disponível *on-line*. Devido a limitação de recursos para tradução, artigos publicados noutras línguas que não português, inglês, francês ou espanhol, foram excluídos. Não foram estabelecidos limites cronológicos nas pesquisas por considerarmos ser importante incluir toda a literatura existente sobre o tema. Não consideramos, contudo, publicações de opinião nem relatórios. Foram excluídos os estudos com idades inferiores a 65 anos ou pessoas idosas sem queimadura (Apêndice II).

METODOLOGIA E ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Foi usada a metodologia do JBI para as revisões *scoping*.

A estratégia de pesquisa foi desenvolvida seguindo as três etapas definidas pelo JBI para as *scoping reviews* (JBI, 2015).

A estratégia visou identificar os estudos publicados e não publicados.

Recorrendo à plataforma agregadora de bases de dados *EBSCOhost*, foi efetuada em Fevereiro de 2020 uma busca inicial, repetida em Junho de 2020, sem limites temporais, nas bases de dados *CINAHL Plus with Full Text*, *MEDLINE with Full Text* e motor de busca *Google Scholar*, seguindo-se uma análise das palavras contidas no título, resumo e palavras-chave e/ou termo de indexação utilizados para descrever a produção científica (literatura científica e literatura cinzenta). Foram, assim, identificadas, atendendo ao grau de relevância no título e resumo de cada publicação, as seguintes palavras-chave ou termos de pesquisa: “*functional decline*”, “*burns*”, “*aged*”, “*aging*”, “*older people*”, “*nursing*” e “*nurs**”. Seguindo a mesma linha de pensamento e usando os termos naturais e as palavras-chave identificadas para este mapeamento foram feitas buscas manuais nas bases de dados *Scopus*, *Elsevier*, *Springer* e *Sciendo*.

Uma segunda pesquisa foi efetuada, em todas as bases de dados incluídas na RS, usando as palavras-chave e termos indexados identificados. Por fim, a terceira etapa consistiu numa pesquisa adicional de artigos a partir das referências bibliográficas de todos os estudos selecionados e com pertinência para o mapeamento pretendido, de forma a alcançar o máximo de resultados possível.

BASES DE DADOS INCLUÍDAS

As bases de dados para pesquisa foram:

CINAHL Complete, *MEDLINE Complete*, *Science Direct*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Academic Search Complete*, *MedicLatina*, *IsiWebKnowledge*, *Scopus*, *Springer*, *Sciendo*, *Google Scholar*.

SELEÇÃO DOS ESTUDOS

No que diz respeito aos documentos publicados, na pesquisa efetuada na base de dados *CINAHL Complete* recorreu-se ao *CINAHL Headings* para encontrar os termos indexados a cada palavra-chave e depois foram usadas as expressões booleanas *OR* e *AND* para agregar os resultados.

A pesquisa realizada na base de dados *MEDLINE Complete* seguiu o mesmo procedimento metodológico: recorreu-se ao *MeSH2020* para encontrar os termos indexados a cada palavra-chave e foram usadas as expressões booleanas *OR* e *AND* para agregar os resultados.

Ainda relativo aos documentos publicados, foi aplicado o mesmo procedimento na *Cochrane Central Register of Controlled Trials* e *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Academic Search Complete* e *Medline*.

Quanto aos documentos não publicados e, utilizando os termos de pesquisa supracitados, foi feita pesquisa no Google Académico, não tendo sido encontrados documentos que cumprissem os critérios de inclusão.

Numa primeira monitorização, somente o título e o resumo foram revistos para impedir o desperdício de recursos em adquirir artigos que não cumpriam o mínimo de critérios de inclusão. Não tendo existido desacordos significativos, não foram efetuadas alterações. O título e resumo de cada resultado foram avaliados, de forma independente, por 2 investigadores.

Os títulos para os quais não existisse resumo disponível, foram transitados para o passo seguinte da análise. Os investigadores encontraram-se, ao longo do processo de análise, para resolução de conflitos e discussão de incertezas relacionadas com a seleção dos estudos (Levac, Colquhoun & O'Brien, 2010).

EXTRAÇÃO DE DADOS

Todos os artigos considerados relevantes após a leitura do título e resumo foram adquiridos para subsequente leitura do texto integral.

Foi feita pelo autor uma tabela de extração de dados dos textos completos dos artigos, revista pelo 3º investigador e sujeita a pequenas alterações (Apêndice III).

Esta extração de dados foi feita por 2 investigadores, tendo sido excluídos os que não cumprissem os critérios de inclusão.

Os investigadores encontraram-se, ao longo do processo de análise, para resolução de conflitos e discussão de incertezas relacionadas com a seleção dos estudos (Levac *et al*, 2010).

RESUMO DOS DADOS

Da pesquisa eletrónica obtiveram-se 43 resultados. Excluído 1 por duplicação. Quarenta foram excluídos após leitura do título e dois após leitura do resumo por não integrarem os critérios de inclusão (Apêndice IV).

RESULTADOS

Os resultados desta RS foi “zero” resultados para as questões:

Quais os fatores que influenciam o declínio funcional da pessoa idosa queimada?

Qual a intervenção do enfermeiro na prevenção do declínio funcional da pessoa idosa queimada?

Das pesquisas que efetuamos encontramos vários artigos que se debruçam sobre o DF na pessoa idosa, tanto na comunidade como em meio hospitalar, mas na PI queimada não encontramos registo desse estudo. Encontramos, ainda, estudos que falam na prevenção do DF na PI hospitalizada, mas não na PI queimada.

Impõe-se, então, uma reflexão sobre este resultado.

Nos anos 50 não foram reportados sobreviventes de vítimas de queimaduras, com mais de 65 anos com queimaduras em 10-20% da SCT. Nos anos 70, queimaduras de 30% eram associadas a 100% de mortalidade. Com os avanços no tratamento das queimaduras uma mortalidade de 100% só ocorre em queimaduras em mais de 60% da SCT queimada, na PI (Zock, Meissl, Bayer & Kyra, 1992).

Em 1950, a LD50⁴ para 21 anos era de 40% da SCT queimada. Atualmente esse número é de 90%, na maioria das unidades de queimados. As melhorias na LD50 resulta de um compromisso com a excelência nas unidades de queimados e no processo de analisar os resultados clínicos e procurar soluções na pesquisa clínica e laboratorial que teve início nos anos 40-50 (Harrington, 2009).

A LD50 diminui com a idade: para um adolescente é cerca de 85% da SCT queimada, para um idoso de 80 anos é, aproximadamente, de 10% (ACS, 2016).

Comparando com pessoas mais jovens, os idosos queimados têm maior probabilidade de morrer no 1º e 2º anos após a alta hospitalar e são, frequentemente, admitidos nos hospitais devido a comorbilidades pré-existentes e doenças crônicas (Lundgreen *et al* 2009; Klein, Lezotte, Heltshe, Fauerbach, Holavanahalli, *et al*, 2011).

A sobrevivência no momento da alta não é suficiente para medir o sucesso dos tratamentos, particularmente se os doentes mais velhos que sobrevivem não conseguem obter reabilitação, reintegração social e sobrevivência a longo prazo (Mandel, Pham & Klein, 2013).

⁴ Uma forma simples de descrever letalidade é olhar para o tamanho da queimadura que tem uma probabilidade de ser mortal para 50% dos doente afetados: a Dose Letal 50 - LD50 (Harrington, 2009).

As prioridades das PI são semelhantes pelo mundo inteiro: manter-se funcional e independente e não ser um fardo para a família (Philp *et al*, 2017).

Se não for prestada atenção à pessoa idosa queimada, ao seu processo de reabilitação funcional e, antes ainda, à prevenção do DF, ainda durante a hospitalização, de que forma estaremos então e respeitar, a promover, o envelhecimento saudável, apanágio dos serviços de saúde dos países desenvolvidos?

Como já vimos, as consequências de uma queimadura são devastadoras. Sobrevivendo à fase aguda e ao risco de desenvolver inúmeras complicações associadas à queimadura (extensão, profundidade) como choque, infecção, problemas respiratórios e falhas multiorgânicas, segue-se o processo de reabilitação e reajuste/readaptação à nova condição.

Esta adaptação e reintegração fica a cargo do próprio e da família. Permanecerão as cicatrizes, físicas e psicológicas, as cirurgias reconstrutivas, o sofrimento e os custos associados a este processo, com peso nas finanças do próprio e da família. Estes aspetos vão ter uma carga imensa na qualidade de vida, em geral, e na qualidade de vida relatada, específica de cada doente (Capek, Hughes & Warden, 2018).

Ao tomarmos consciência das consequências das queimaduras na PI poderemos medir a falha entre o que é feito e o que se pretende atingir. Esta informação é relevante e importante para o doente e, de forma indireta, para as tomadas de decisão dos legisladores, políticos e sistemas de saúde (Pereira, Murphy & Herndon, 2004).

São vários os autores que concordam que a sobrevivência do doente queimado continua a aumentar, especialmente na população jovem, mesmo em queimaduras graves, resultado de novas abordagens de tratamento (ressuscitação líquida, excisão precoce e enxerto, suporte nutricional, unidade de tratamento hospitalar avançadas e especializadas e equipas multidisciplinares e especializadas). Contudo, também reconhecem que a escassez de atenção ao cuidado dos idosos e seus resultados, na literatura, levantam dúvidas acerca da tradução destas melhorias no cuidado à PI queimada. O desafio do tratamento é maior pois as reservas fisiológicas (mais baixas) e comorbilidades associadas, reduzem a margem de erro (Pereira *et al*, 2004).

A par das características dos idosos, já referidas, interfere no resultado da queimadura a falta de consenso num plano de tratamentos para a PI queimada e que

seja aceite universalmente (Wibbenmeyer, Amelon, Morgan, Robinson, Chang *et al*, 2001).

O conceito de qualidade de vida é lato e multidimensional e inclui fatores como gênero, idade, etnia e crenças religiosas. Quando se fala em qualidade de vida relacionado com a saúde, as definições são mais específicas e estão relacionadas com a saúde da pessoa. A melhor abordagem poderá ser medir a qualidade de vida de uma pessoa em termos específicos de bem estar funcional e emocional, bem como de realização e satisfação em aspetos da vida relacionados com a saúde (Jeschke & Peck, 2017).

As queimaduras afetam a qualidade de vida por longos períodos. Há, contudo, poucos estudos sobre qual a qualidade de vida da PI queimada após alta hospitalar (Jeschke & Peck, 2017). Os mesmos autores afirmam que, apesar dos prestadores de cuidados reconhecerem que são maus os resultados em queimaduras na PI, a razão pela qual tem sido feito tão pouco por esta população é desconhecido. Afirmam, ainda que não há, de momento, nenhum esforço para melhorar o resultado. Sugerem que o objetivo da investigação, nas próximas décadas, deverá ser, não só melhorar os resultados dos doentes idosos, mas também identificar os parâmetros que definem a vulnerabilidade dos idosos para a ocorrência de complicações e sequelas de queimaduras.

O envelhecimento ativo é um conceito que encerra em si, princípios e orientações emanados e defendidos por organizações como ONU, OMS, CE, OCDE, com o intuito de promoverem iniciativas destinadas a alertar as sociedades para os problemas do envelhecimento e apontar políticas públicas que respondam a esses desafios (Mathiasen, 2009).

As políticas devem ser estruturadas de forma a permitirem que um maior número de pessoas alcance trajetórias positivas de envelhecimento. As suposições de dependência baseadas na idade ignoram as muitas contribuições das pessoas idosas para a economia. Melhores sistemas de saúde conduzem a uma melhor saúde, que permite maior participação e bem estar; investimentos em cuidados de longo prazo ajudarão pessoas com perda significativa de capacidade, a manter vidas dignas (WHO, 2015).

O envelhecimento saudável é o processo de desenvolvimento da capacidade funcional que permite o bem estar em idade avançada. Encerra em si dois conceitos: a capacidade intrínseca (que se refere ao composto de todas as capacidades físicas e mentais que um indivíduo pode apoiar-se em qualquer ponto no tempo) e a

capacidade funcional (que se refere aos atributos relacionados à saúde que permite que as pessoas sejam ou faça o que valorizam). Ambos os conceitos não são constantes (WHO, 2015).

Conforme as pessoas envelhecem, as necessidades de saúde tendem a tornar-se crônicas e complexas. Os cuidados de saúde que abrangem essas demandas multidimensionais da idade avançada, de maneira integrada, são mais eficazes que os serviços que apenas reagem independentemente a doenças específicas (Castro & Figueiredo, 2009)

A população idosa atual é muito diversificada. Existem idosos de 80 anos com níveis de capacidade física e mental comparáveis aos níveis de muitos jovens de 20 anos. Da mesma maneira que, muitas pessoas de 60 anos poderão precisar de ajuda de terceiros, até para realizar as tarefas mais simples. Não pode ser ignorado o papel importante que as pessoas mais velhas têm, como menor visibilidade ou afeição econômica, que é o apoio emocional que fornecem em momentos de stress e aconselhamento em problemas desafiadores. A política deve ser moldada de forma a promover a capacidade dos adultos maiores de realizar essas múltiplas contribuições. O gasto com populações mais velhas deverá ser encarado como um investimento e não um custo, na medida em que permitem a capacidade e, portanto, o bem estar das pessoas maiores (WHO, 2015).

O resultado desta RS poderá servir para orientar futuras investigações na área da prevenção do declínio funcional da pessoa idosa queimada, explicitando o papel do enfermeiro especialista, orientado assim os cuidados para uma prática mais especializada e inclusiva da unicidade da pessoa idosa queimada.

FORÇAS E LIMITAÇÕES DA RS

Esta RS usou métodos transparentes e rigorosos ao longo do processo. Foi guiada por um protocolo, revisto por uma equipa de 3 investigadores, dois deles peritos em investigação.

Para assegurar uma pesquisa alargada, a estratégia de pesquisa incluiu 5 bases eletrónicas agregadoras de dados, a pesquisa manual em 5 bases de dados e ainda a leitura das referências bibliográficas dos artigos selecionados em busca de mais artigos que pudessem cumprir os critérios de inclusão.

Cada resultado foi revisto por 2 investigadores independentes, que se encontravam de forma regular para resolução de conflitos.

Esta RS pode não ter identificado todos os resultados na literatura científica publicada e na literatura cinzenta, apesar de termos tentado ser o mais rigorosos possível. Serve, contudo, para levantar outras questões a respeito da investigação feita sobre o DF da PI queimada e provocar a inquietude necessária para se investigar e investir no cuidar da pessoa idosa, motivando estudos futuros.

5.2 Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa na comunidade

A tomada de decisão do EE pressupõe a integração dos princípios, valores e normas deontológicas, definidas pelo código que rege os profissionais de enfermagem (OE, 2015).

A entrada na casa das pessoas, em contexto de visita domiciliária pressupõe uma dupla autorização e anuência: não só tem de haver consentimento para os cuidados que vamos prestar, mas ainda antes, tem de existir uma autorização para entrarmos num espaço que é privado. A partir daí, nasce e cresce uma relação terapêutica que verifiquei ser muito próxima. Há um querer muito grande que chegue a equipa, há uma confiança e respeito que são notórios. Apesar do curto tempo que durou o meu estágio, e pelo relato feito pelos utentes e pela equipa, os ensinamentos efetuados são cumpridos, com maior ou menor dificuldade, e são observáveis as mudanças que comportamento.

Eu acompanhei as equipas nas suas várias intervenções: tratamento de feridas, TOD, reabilitação (cinesioterapia respiratória, fortalecimento muscular, etc), apoio ao cuidador informal, acompanhamento no luto, com disponibilização da informação sobre a rede de apoio, encaminhamento e articulação com demais elementos das equipas do ACES: assistente social, nutricionista, psicóloga. É sempre garantido o respeito e a privacidade, mas há sempre uma preocupação pela segurança do utente. A garantia das práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais é uma das competências do EE (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro).

Observei que os momentos da visita domiciliária eram oportunidades para fazermos vigilância da saúde, da ocorrência de efeitos secundários da medicação ou de interações medicamentosas, de percebermos como é a dinâmica familiar e se eram cumpridos os princípios do isolamento (quando necessário). Ainda que não fosse

sempre o mesmo enfermeiro a fazer as visitas aos utentes, pela rotatividade dos turnos e fins de semana, havia um enfermeiro responsável por cada doente. O processo do doente acompanhava a equipa e o fazíamos os registos necessários e que assegurassem o registo da vigilância feita e acompanhamento do utente. Alguns deste utentes eram também idosos. É também uma das competências comuns do EE a de gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro).

Acompanhei as equipas da UCC nas visitas domiciliárias, de acordo com disponibilidade da equipa e lugar na carrinha. Como já referi, a minha aprendizagem foi pela observação.

Para melhor sistematização dessa observação elaborei uma tabela de observação (Apêndice V) e tentei, aquando de cada entrada na casa dos utentes, proceder a essa observação. Sempre que possível, falava com o utente e/ou cuidador a fim de melhor compreender a sua realidade, em termos de comportamentos seguros, de hábitos de aquecimento no Inverno.

O que constatei é que esta população, ou pelo menos as famílias que visitei, não faziam parte da estatística que referi anteriormente, relativamente aos locais de ocorrência e causas das queimaduras no idoso e a equipa também me relatou não serem frequentes os casos de queimaduras a quem tenha sido pedida a colaboração da UCC, nos últimos anos.

A higiene é um dos momentos em que está descrito que podem ocorrer acidentes que originam queimaduras por água quente. As alterações da sensibilidade, a diminuição do tempo de reação para fuga, a diminuição da força muscular, leva a que tenham dificuldade em detetar a real temperatura da água ou a fugir da fonte de calor (Bayuo & Botchway, 2017). A grande maioria dos utentes que visitei já eram alvo de cuidados externos, por cuidadores formais, providenciados por associações de reformados da comunidade. Os restantes, ora eram ajudados pelo familiar, ou ainda aguardavam por esse apoio e, neste espaço de tempo, usavam toalhetes/toalhas: não havia risco de queimadura, mas verificavam-se cuidados de higiene insuficientes (constituindo aqui outro problema). Outros havia que ainda conseguiam ser independentes na higiene e este problema ainda não era real. Todos possuíam formas de aquecimento de água seguras (esquentadores ou acumuladores).

Não detetei situações de risco provocadas por instalações elétricas inadequadas (fios descarnados, sobrecarga de tomadas, p.e.).

Não sendo ainda uma época fria em que eu pudesse observar a existência de meios de aquecimento externos, questionei os utentes e famílias, como faziam no inverno. A maioria socorria-se de roupas, mantas e aquecedores (termoacumuladores, aquecedores a óleo), por não terem meios para outras formas de aquecimento. Alguns tinham lareiras, mas todas com uso de proteção/recuperadores de calor. Um idoso dispunha de ar condicionado. Todos negaram o uso de botijas de água quente, parecendo estar conscientes do risco que esse comportamento representa.

A confecção das refeições é outro momento de risco de ocorrência de queimaduras no idoso. Também pela diminuição da força muscular, da diminuição dos reflexos, comorbilidades associadas que podem alterar o equilíbrio e ocasionar acidentes com líquidos ferventes (Bayuo & Botchway 2017).

Alguns destes doentes têm, igualmente, acordo com as associações de reformados que lhes fornecem as alimentações. Outros casos, são os cônjuges que as confeccionam. Quando questionadas sobre se têm dificuldade em pegar nas panelas ou tremores, referem que não e que utilizam panelas pequenas, porque reconhecem já não serem capazes de pegar em panelas grandes. Algumas recusam a hipótese de fornecimento externo de comida alegando que os maridos “são muito esquisitos” com a comida ou “não gostam de qualquer coisa”.

Há sempre presente uma ambiguidade, uma ambivalência de sentimentos nestes cuidados: se por um lado aproveitam a presença dos enfermeiros para desabafarem, relatarem o seu cansaço de cuidar do cônjuge, de serem alvo dos seus “maus humores”, por outro, quando se lhes propõe procurarem ajuda, ainda que por períodos de tempo limitado, recusam, alegando ser sua função, alegando “parecer mal”, com receio de críticas e julgamentos por pessoas externas. O que me pareceu também muito evidente é que, seja por personalidade, seja por falta de alternativa, há uma grande resistência em pedir ou a aceitar ajuda, isto é, uma grande resistência em aceitar a própria incapacidade ou dificuldade em “já não conseguir” fazer as coisas como antigamente.

São casas com muita mobília, que adquire dupla função de guardar “memórias do passado” e de servir de apoio quando deambula.

Na sua maioria, nas casas já não se observava a presença de tapetes: pareceu-me já haver uma consciência ou uma aprendizagem sobre o risco da existência dos tapetes, não só nos locais de passagem da pessoa idosa doente, como também na cozinha e casa de banho.

Há recusas de apoios pelos custos, seja porque consideram que não conseguem fazer face a essa despesa, seja por não quererem mais esse encargo, não se consciencializando do fardo e peso que representam para o cônjuge.

Nem sempre foi possível fazer uma avaliação dos ensinamentos que efetuei e se houve alteração do comportamento. Contudo, esta informação foi sempre transmitida oralmente à equipa de enfermagem, por forma a assegurar a continuidade do plano de intervenção. O momento da passagem de turno na UCC tem uma configuração diferente da que estou habituada na minha realidade profissional, em termos do timing e local. Não compromete, contudo, a finalidade da mesma, isto é, a função de fornecer informação, facilitando o processo de decisão do enfermeiro ao proporcionar dados para a tomada de decisão e garantir a segurança do doente (WHO, 2007b). A OE (2017) definiu a passagem de turno como “um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objetivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise de práticas e de formação em serviço/situação” (p.1).

De acordo com Santos e Fernandes (2004) a prática reflexiva é “um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos saberes e das suas práticas” (p.59). A realização de jornais de aprendizagem proporciona esta capacitação. Baseei as reflexões que fiz no Ciclo Reflexivo de Gibbs que se caracteriza por ser um ciclo reflexivo, dividido em seis etapas que nos fazem questionar as ações que realizamos e nos permite descrever, avaliar, analisar e planear a ação/intervenção para futuras situações (Gibbs, 2013/1988). Esta estrutura permitiu-me organizar as informações vivenciadas em contexto clínico e refletir sobre a prática de enfermagem (Apêndice VI).

5.3 Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada vítima de queimadura

Durante o meu estágio na UQ acompanhei e cuidei de vários doentes, em vários momentos de cuidados, com exclusão de doentes sujeitos a procedimentos mais específicos e para os quais não tenho formação (e o tempo de estágio/objetivos não permitiam a aprendizagem), como o caso do doente ventilado ou submetido a técnica dialítica. Realizei todos os procedimentos, fiz a articulação necessária com outros elementos da equipa, identificados como os indicados para o doente, com respeito pela sua vontade e capacidade.

De forma a sistematizar o meu percurso e as aprendizagens que fiz na UQ, vou fazer a sua descrição, seguindo o circuito do doente, dentro da UQ, desde a admissão.

O doente entra na UQ pela sala de *Transfer*, onde estão bem delimitadas as zonas “limpa” e “suja”.

O doente é transferido para a maca banheira “*Shower-Trolley*”, revestida por material *disposable*. Entra então para a sala de admissão/ressuscitação onde se inicia o processo de tratamento do doente queimado na UQ, com apoio anestésico (sedo-analgesia ou anestesia geral) e são assegurados os cuidados necessários, de acordo com o procedimento sectorial vigente na UQ.

Após estabilização do doente, este é, então, transferido para a sua unidade. Consoante o seu estado hemodinâmico, necessidade de suporte ventilatório, extensão da queimadura e/ou necessidade de isolamento é decidido se fica no quarto com lotação para 4 doentes, se no quarto individual ou se num dos 4 isolamentos, com antecâmara e pressão negativa⁵.

A balneoterapia refere-se ao estudo da arte e ciência do banho, reconhecida e secular que é a terapia através dos banhos e os seus efeitos benéficos no alívio da dor e bem-estar do corpo e espírito. Na sua origem, do latim *balneu* “banho” + do grego *therapeía* “tratamento” (Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa, 2003-2020). O seu objetivo é desenvolver o sistema imunitário, estimular a circulação, acelerar a atividade celular (Martinho, 2013).

Trata-se de um tratamento que não conseguiria fazer se o doente estivesse acordado. A anestesia ou sedo-analgesia que é administrada ao doente serve

⁵ Uma das características da UQ é existência de pressão positiva em toda o espaço, com exceção dos quartos de isolamento, que têm pressão negativa, sendo possível alterar a pressão, consoante necessidade.

igualmente o propósito de também nos “anestésiar” da sensação de que estamos a provocar dor em alguém, ainda que saibamos que a balneoterapia cumpre ainda 2 outros objetivos principais: o de prevenir a infeção - é necessário proteger a ferida da proliferação de microorganismos que se possam tornar patogénicos e invasão dos tecidos mais profundos até à total cicatrização ou até realização de enxerto (Smeltzer & Bare, 1994); e a limpeza da área queimada e remoção de tecido desvitalizado - a limpeza da área queimada, a remoção de tecido desvitalizado e o desbridamento contribuem para uma correta avaliação da superfície corporal queimada, uma vez que a presença de agentes tópicos, exsudados e tecido necrosado podem impedir ou dificultar essa avaliação (Martinho, 2013).

As práticas invasivas estão suportadas por procedimentos multisectoriais/sectoriais/instruções de trabalho, que obedecem às linhas orientadoras do PPCIRA (programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência a antimicrobianos).⁶

É da competência comum a todos os EE participar “na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais”, coordenando “a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção.” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro, p.4748) e compete ao EE em enfermagem médico-cirúrgica estabelecer “os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção, intervenção e controlo da infeção, face às vias de transmissão” (Regulamento nº 429/2018 de 16 de Julho, p.19362).

Era uma preocupação a duração da sessão de balneoterapia para conservar a temperatura corporal, que procurávamos que não se estendesse por mais dos 20-30 minutos recomendados, acrescentando o tempo de realização dos pensos (Smeltzer & Bare, 1994).

Colaborei várias vezes neste tipo de tratamentos tanto a realizar o tratamento (eramos sempre 2 enfermeiros, anestésista e cirurgião plástico), como a circular. O assistente operacional colaborava com o enfermeiro circulante e zelava pela manutenção da limpeza e arrumação da sala.

O banho constitui um momento de excelência em que monitorizávamos as características do leito das feridas, evolução cicatricial, necessidade de mudança de tratamento, vigilância da pele, protuberâncias ósseas e sinais de UPP.

⁶ É um dos programas de saúde prioritários da DGS e visa “reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde e a resistência aos antimicrobianos, através da implementação de práticas baseadas na evidência”. (<https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/apresentacao.aspx>)

Aproveitávamos também este momento em que o doente está anestesiado para proceder a trocas de dispositivos invasivos, diminuindo assim desconfortos e dor.

A decisão sobre o fim da sedação para a balneoterapia/tratamento de feridas era sempre tomada com o doente e só aconteceria quando ele, do ponto de vista físico e psicológico, o aceitasse e tolerasse. Não existe por isso, para esta tomada de decisão, um protocolo: é o cuidado centrado na pessoa, na sua história, na sua capacidade de gerir a sua saúde e a sua (nova) condição. Assisti à evolução de uma doente que inicialmente chorava aquando dos primeiros pensos sem sedação, porque “via” como estava a sua pele, mas que aos poucos foi aceitando e colaborando mais nos procedimentos. É incrível o poder que o sorriso de uma pessoa grande queimada exerce em nós.

A pessoa doente apresenta-se fragilizada e submetida, por vezes, à autoridade dos profissionais de saúde detentores do saber técnico no campo dos cuidados de saúde, criando uma assimetria na relação.

A pessoa idosa, pela sua condição de “doente” apresenta uma vulnerabilidade acrescida.

Vulnerabilidade é um conceito complexo, com variadas interpretações. Pode ser entendida como uma condição humana universal de interdependência, de maior ou menor dependência do outro e resultante do facto de que, para se atingir o bem-estar físico e mental é imprescindível a conexão social. A sua extensão depende de fatores específicos vários como a potencialidade de danos à integridade pessoal, idade, sexo, grau de instrução, condição económica, cultural ou social e, designadamente, a qualidade dos cuidados e o acesso a uma rede de proteção social (Paranhos, Albuquerque & Garrafa, 2017).

Quando se trata de decisões sobre a sua saúde, a autonomia das pessoas idosas é, de forma mais frequente do que seria desejável e aceitável, posta em causa. Parte-se, de forma equivocada, que o processo de envelhecimento compromete as faculdades mentais da pessoa “adulta maior”, gerando posturas paternalistas, infantilizando a pessoa idosa e retirando-lhe a capacidade de autodeterminação (Fineman, 2012). Houve, contudo, uma situação que foi demonstrativa de que também existem situações em que o julgamento da pessoa não é o mais correto, no sentido em que a consequência é grave. Deu entrada uma doente com 64 anos, com queimaduras de 3º grau a nível de ambos os membros inferiores. O estado geral da doente era péssimo: desnutrida, desidratada, cuidados de higiene quase inexistentes. Quando consultado o processo da doente, percebeu-se que a queimadura havia

acontecido cerca de 15 dias antes, tendo existido uma consulta no centro de saúde onde a médica registou a total recusa da doente em ir ao hospital, apesar de explicadas as graves consequências que aquela queimadura poderia ter para a sua saúde. A familiar que a acompanhava não possuía, igualmente, capacidade para a demover desta decisão. A doente só recorreu ao hospital nessa noite porque iniciou um quadro febril com flutuação no estado de consciência. Foi internada na UQ mas, após avaliação pelas especialidades de medicina intensiva e CPR e após comunicação com os filhos decidiu-se pela manutenção apenas do conforto e a doente acabou por falecer nas primeiras 24h de internamento na UQ. Não se pretende apontar dedos sobre o que correu mal para esta doente, mas sim refletir sobre a literacia da nossa população sobre a saúde, sobre hábitos de vida saudáveis, sobre manutenção da saúde e respeito pelo corpo. Cada pessoa tem direito de decidir sobre a sua saúde e ver essa decisão respeitada, mas tem de se garantir escolhas informadas e lúcidas.

A superação das limitações humanas e a aceitação das diferenças só se consegue, em cuidados de saúde, criando uma relação entre cuidador e pessoa cuidada assente em empatia, interação, cooperação, relação essa simétrica e interdependente (Paranhos *et al*, 2017)

A PI requer particular atenção pois, geralmente, leva mais tempo a apreender informações, compreender as terapêuticas propostas, bem como a exprimir as queixas de saúde. Contudo, desde que capacitada para tal, pode ser a administradora competente da sua vida e do seu processo terapêutico A PI deve, por isso, receber a mesma atenção que qualquer outro doente, no que se refere à distribuição de recursos disponíveis, ao respeito à privacidade, à confidencialidade e à autodeterminação (Paranhos *et al*, 2017).

O EE em enfermagem médico cirúrgica "atendendo à diversidade e complexidade dos processos médicos e/ou cirúrgicos vivenciados pela pessoa acometida por doença aguda ou crónica e respetiva família/cuidadores, (...) responde eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados" (Regulamento nº 429/2018 de 16 de Julho, p. 19361). Aquilo que observei é que a reação ao trauma, aos tratamentos diferia em cada idoso que cuidei na UQ. A capacidade de manter a atitude positiva face à adversidade é muito diferente de idoso para idoso. Cuidei de um idoso com queimaduras a nível da face e membro superior

com uma atitude calma e resignada face à alteração da imagem corporal. Quando o questionei sobre essa situação disse-me que a esposa era uma grande queimada, desde há 20 anos e, como tal, as cicatrizes não o atemorizavam e sabia que, no regresso a casa, teria quem o apoiaria.

Quando estamos perante um evento doloroso, como os tratamentos, temos de sentir que o mesmo vai compensar o resultado final. Na doente sobre a qual fiz o estudo de caso, o que observei foi uma “falta de visão futura”, de achar que “já não valia a pena”, que o “sofrimento era muito” e este estado de espírito refletiu-se na intolerância aos posicionamentos, na recusa alimentar, na dificuldade em dormir e consequente alteração do ciclo sono-vigília. Na abordagem a esta doente procurei sempre ter um discurso positivo, ainda que realista, estabelecendo metas atingíveis (negociando, p.e. o tempo de permanência em determinado decúbito). Contudo, o que verifiquei foi uma descrença cada vez maior no sucesso dos tratamentos. Foi, ainda, feito o pedido de colaboração por parte da psicóloga e psiquiatra de ligação.

A temperatura dos quartos era mantida entre os 25-28°C para se reduzir as perdas evaporatórias que, como já vimos, são a principal causa de fuga de calor. Durante o estágio houve necessidade de, adicionalmente à temperatura ambiente, ser colocado aquecedor térmico e manta de aquecimento a um doente, vítima de queimadura elétrica extensa, por hipotermia (chegou a atingir 32°C).

A terapia nutricional constitui parte integral do tratamento e que se preconiza que tenha início nas primeiras 6-12h após o incidente e por via entérica sempre que possível, de acordo com as *guidelines* da ESPEN (*European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*) para o doente queimado (Rousseau, Losser, Ichai & Berger, 2013).

A dietista que acompanha os doentes internados, neste UQ, faz a avaliação e o cálculo nutricional que cada doente necessita e a terapia indicada, seguindo as *guidelines* da ESPEN, o que não invalida nem substitui a responsabilidade que o enfermeiro tem de fazer a avaliação nutricional do doente aquando da admissão (*Council of Europe*, 2003).

Na UQ, diariamente era proporcionada a escolha da refeição para o dia seguinte e, ao longo do dia íamos constatando a satisfação do doente relativamente à confeção, sabor e quantidade de comida. Sendo o aporte nutricional tão importante para a reabilitação do doente queimado e para a cicatrização das feridas, é importante que o doente se sinta satisfeito com as refeições fornecidas. Por outro lado, estávamos atentos para a sua capacidade de suprir esta AVD: sendo frequente a

existência de dispositivos médicos, talas imobilizadoras nos membros superiores teríamos de avaliar a necessidade de ajuda parcial ou total. Situações de depressão, *delirium*, também podem alterar a ingestão nutricional, sendo da responsabilidade da equipa de enfermagem avaliar esta situação e/ou delegar a atividade nos AO, mantendo a supervisão.

Observei em vários doentes, idosos e não só, que o estado de tristeza em que se encontravam alteravam o apetite, a vontade de comer. Acresce ainda, ser mais uma atividade que, por vezes, dependiam de terceiros para os ajudarem. É um trabalho permanente e constante que fazemos, de tentar que aceitem que será uma situação provisória. Por outro lado, incentivá-los a encontrarem alternativas. O facto de terem à escolha várias opções de pratos, ajuda-os a ter alternativas a gosto e confere-lhes poder decisório.

No caso da alimentação entérica, por SNG, é primordial vigiar a tolerância à mesma, colaborando na tomada de decisão com as equipas prescritoras

Nos doentes que teriam de iniciar jejum por estarem previstos procedimentos anestésicos, era administrado um reforço proteico a meio da noite, para diminuir o tempo de jejum e, desta forma, reduzir o risco de desnutrição.

Procedemos à avaliação do peso do doente, semanalmente (as camas dispõem de balança) e fazendo o seu registo na plataforma de registos existente no hospital (*SClinic* versão 2.4). A documentação da prática de enfermagem deve refletir a prestação de cuidados legais e éticos, a qualidade e garantir a continuidade de cuidados. Devem ainda garantir ajudar na gestão, formação, investigação, avaliação e visibilidade dos atos de enfermagem praticados (OE, 2001)

Colaborei com a minha orientadora de estágio na gestão dos stocks de medicamentos da UQ, diariamente e, em todas as sextas-feiras, no planeamento das necessidades para o fim de semana desses stocks, nomeadamente, das alimentações entéricas, garantindo o seu fornecimento. Na UQ, as soluções utilizadas são poliméricas isocalóricas, hipercalóricas ou hiperproteicas e poliméricas modificadas com nutrientes como arginina, proteínas à base de soja e fibras hidrossolúveis, garantindo, assim, que as necessidades de todos os doentes são satisfeitas.

Foi importante para a minha formação fazer esta gestão de stocks (de terapêutica, de material esterilizado, de material de consumo clínico e dos variados equipamentos). É um trabalho indireto de prestação de cuidados, mas que necessário e relevante para que o cuidado seja completo.

Sempre que for indicado o doente vai ao bloco operatório. A excisão precoce das zonas queimadas e a sua cobertura pretende evitar 3 processos nefastos: as perdas hidroeletrólíticas, a sobreinfecção do local e o aparecimento de tecido de granulação de má qualidade e que, posteriormente, pode ocasionar sequelas retráteis e cicatrizes hipertróficas. Estas irão aumentar o dano funcional, estético e psicológico (Echinard, 2012).

Tive a oportunidade de colaborar na preparação da sala, das mesas cirúrgicas e do material necessário, consoante o procedimento planeado. Colaborei no posicionamento do doente e colaborei com o anestesista na preparação e administração de medicação e vigilância hemodinâmica.

Desde 2002 que têm vindo a ser aprovadas resoluções no sentido de aumentar a segurança dos cuidados de saúde prestados aos doentes, por parte da Assembleia Mundial da Saúde e da OMS. A DGS seguiu essas orientações e incluiu, no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, o objetivo estratégico 3 – Aumentar a segurança cirúrgica” (DGS, 2013). Assim, é preenchido em cada ato cirúrgico a “lista de verificação cirúrgica”.

É competência do EE especialista em enfermagem médico-cirúrgica promover “estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação”, intervindo como “gestor de risco, na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem” (Regulamento nº 429/2018 de 16 de Julho, p.19362).

A experiência que vivenciei no BO permitiu-me adquirir uma visão que, até então não tinha, que é “compreender” o enxerto, o retalho. Esta visão facilitou-me melhor compreender os procedimentos seguintes: de posicionamento, de realização de pensos e, igualmente, conseguir explicar ao doente o porquê desses mesmos procedimentos. A doente sobre a qual realizei o estudo de caso foi uma daquelas situações que a idade, o estado geral, a comorbilidades ditaram os tratamentos possíveis. Em teoria, uma queimadura de 2º-3º grau na região perineal significaria o desvio das excreções locais (urina e fezes). Com a algaliação conseguiu-se o desvio da urina. A colostomia provisória, ainda que agressiva, seria o procedimento seguinte, contudo o estado geral da doente não o permitiu. Optou-se pelo uso de um dispositivo rectal coletor de fezes. Este dispositivo apresenta, contudo, algumas limitações que inviabilizaram o objetivo de não conspurcar a queimadura/enxerto e concorreram para o seu insucesso.

Após a realização de alguns procedimentos como enxertos ou retalhos, a imobilização da área intervencionada é muito importante para o sucesso da mesma, seja por meio de uso de talas, seja por posicionamentos específicos, qualquer um deles significando imobilidade. Ora, esta necessidade de imobilidade vai colidir com os objetivos do processo de reabilitação do doente queimado, que, na fase aguda (que dura o tempo de internamento hospitalar), são: controlar a dor, prevenir contraturas musculares, executar técnicas de posicionamento, manter a amplitude de movimento máxima, manter a força e a massa muscular, facilitar a mobilização articular e a deambulação e favorecer a cicatrização da ferida e dos tecidos moles (Andrade & Cunha, 2010; Hale, O'Donovan, Diskin, McEvoy & Keohane, 2013). Estes objetivos são tão mais importantes quando falamos na queimadura na PI, onde se instala, de forma mais rápida, fenómenos que já falamos de sarcopenia, perda da reserva funcional e maior dificuldade em recuperar o status prévio ao acidente.

O principal objetivo no tratamento do doente queimado é que adquira e/ou recupere o máximo da função em todas as partes do corpo e readquira independência nas AVD's o mais rápido possível. Consegue-se, assim, a reintegração da pessoa na sua vida, laboral ou não, uma aparência aceitável e reintegração social (Klein, Lezotte, Fauerbach, Herndon, Kowalske *et al*, 2007).

A habilidade é, então, conseguir o equilíbrio entre o benefício da imobilidade com os malefícios que ela traz para o organismo, na PI queimada. A vigilância e a assistência nos posicionamentos, transferências e movimentos ativos, de acordo com os níveis de dependência do doente, são intervenções essenciais da equipa de enfermagem da UQ. Toda a ação do enfermeiro vai no sentido de minimizar o fenómeno associado às alterações da mobilidade que, como já vimos, poderão transformar uma redução da capacidade funcional temporária em incapacidade (OE, 2013). Durante a balneoterapia mobilizávamos as articulações livres (de talas, livres de dor). Durante os restantes momentos (higiene, alimentação, repouso) promovíamos a mobilização das restantes articulações, motivando o doente a exercitar os músculos, incentivando o levante sempre que indicado, ajudando a ultrapassar as dores associadas à mobilização e que agravam com o desuso. Tratava-se de demonstrar ao doente que ultrapassar as dores naquele momento era o caminho necessário para reduzir o risco de dependência de terceiros no futuro.

Espera-se que o especialista em enfermagem médico-cirúrgica identifique as necessidades da pessoa assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção

e recuperação decorrentes de patologias agudas e processos médicos e/ou cirúrgicos complexos (Regulamento nº 429/2018 de 16 de Julho).

Foi-me proposta a elaboração de um estudo de caso.

Um estudo de caso permite a articulação dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo da formação com a revisão de literatura e a prestação efetiva de cuidados, em contexto real, favorecendo a reflexão e o desenvolvimento de competências na área da prestação de cuidados à pessoa idosa queimada. Benner (1984) refere que os Enfermeiros aprendem melhor quando utilizam estudos de caso que põem à prova os conhecimentos e requerem a capacidade de aprender uma situação.

A elaboração de um estudo de caso permite a articulação dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo da formação com a revisão da literatura e a prestação efetiva de cuidados, em contexto real, favorecendo a reflexão e o desenvolvimento de competências na área de prestação de cuidados à pessoa idosa queimada. Benner (1984) refere que os enfermeiros aprendem melhor quando utilizam estudos de caso que põem à prova os conhecimentos e requerem a capacidade de aprender com uma situação.

Durante o estágio fiz o estudo de caso de uma doente que foi admitida durante o meu estágio e que foi representativa da verdadeira agressão que uma queimadura de pequenas dimensões (5% da SCT), numa zona nobre (períneo), representa para uma pessoa idosa com comorbilidades associadas, com necessidade de restrição ao leito, com impossibilidade de ter a presença de familiares o tempo que seria desejável. Este estudo de caso permitiu-me também refletir sobre o tema da religião e espiritualidade, que explanei no estudo (Apêndice VII).

5.4 Formação aos enfermeiros: cuidados de enfermagem na pessoa idosa queimada

A formação deve ser uma constante na vida profissional de um enfermeiro, em linha com a excelência dos cuidados (OE, 2015). A passagem de turno é um momento privilegiado para análise, reflexão das práticas e, simultaneamente, de formação em serviço/em situação (OE, 2017).

Foi nas passagens de turno que encontrei momentos de partilha de conhecimentos, em que sensibilizei os restantes elementos da equipa para a

importância dos cuidados especializados à PI queimada e os riscos relacionados com a imobilização destes doentes. A cumplicidade que já existia com a equipa de enfermagem, por sermos da mesma instituição e transferirmos doentes entre a UQ e a CPR, permitia que fosse bem recebida esta partilha de conhecimentos, esta reflexão sobre as práticas, este criar de oportunidades de levantar questões, clarificando e confirmando os cuidados prestados.

No seguimento da importância da prevenção da IAH propus à equipa a realização de uma ação de formação, no sentido de atualizar os conceitos subjacentes e uniformizar práticas, que foi aceite. A ação foi agendada de acordo com a enfª responsável pela formação, seguindo os horários que têm instituídos para a formação em serviço. A sessão versou o tema “Prevenção da incapacidade associada à hospitalização” (Apêndice VIII). Decorreu na sala de reuniões/enfermagem, com a participação de 14 enfermeiros. Houve participação da equipa, com colocação de questões pertinentes e que serviram para tornar a sessão mais esclarecedora e no final, foi feita a avaliação da sessão por parte dos participantes, tendo sido uma avaliação bastante positiva.

Considero que, por especificamente trabalhar num serviço de CPR e ter formação na área de tratamento de feridas e viabilidade tecidular, possuo bastante experiência no que diz respeito ao tratamento de queimaduras e feridas. Pude, assim, partilhar experiências com os restantes enfermeiros na discussão, avaliação, classificação e qual o melhor tratamento a implementar e, desta forma promover o desenvolvimento profissional dos outros enfermeiros.

Acredito que o conhecimento se desenvolve na base da partilha, da reflexão e da pesquisa fundamentada. Procurei identificar as minhas próprias dificuldades através de um processo analítico e reflexivo constantes, cultivando o espírito autocrítico e manifestando recetividade para a aprendizagem e desenvolvimento nas áreas de maior dificuldade. Desta recetividade para a aprendizagem resultaram várias oportunidades para aumentar os meus conhecimentos pois, ao longo do estágio, fui questionando, discutindo e pesquisando, quer em conjunto com os orientadores quer de forma autónoma.

6. AVALIAÇÃO DO PROJETO

6.1 Pontos forte e fracos

Como já referi este foi um projeto de prestação de cuidados e realização de uma investigação secundária. Numa fase de pré projeto tinha planeado outras atividades, nomeadamente a aplicação da escala de *Barthel* no momento da admissão, alta e, por relato, relativamente aos 15 dias prévios ao internamento. Constrangimentos relacionados com a incerteza da população idosa que seria ou estaria internada na UQ motivaram o reajuste dos objetivos e confirmaram a análise SWOT que efetuei na fase de pré-projeto (Apêndice IX). De forma informal, questioneei sempre os doentes idosos internados com queimaduras e todos eles conseguiam ser independentes nas suas AVD's e, aqueles que já apresentavam dificuldades, tinham quem os ajudasse. Perante este novo evento, novos desafios se colocaram e a dificuldade em lidar com a mudança.

Houve sempre receptividade por parte das equipas onde estive inserida, o que se tornou num ponto forte. Consegui fazer a gestão do meu tempo, ainda que com grande esforço.

Penso que a temática é de todo o interesse para os profissionais e, consequentemente, para os doentes pois o pretendido é uma PBE e cuidados de enfermagem de qualidade.

6.2 Contribuição do projeto para melhoria de cuidados

Marcos Godoy (s/d) disse “deixo uma parte de mim em cada lugar que passo. Comigo, levo também um pedaço de cada lugar⁷”. É desta forma que entendo as aprendizagens que vou fazendo ao longo da minha vida pessoal e profissional. E esforço-me para que, também a minha experiência, sirva para incrementar os conhecimentos dos outros. Seja esses outros os meus pares ou quem eu cuido.

O conhecimento científico tem um efeito de nos tornar mais confiantes no nosso desempenho, servindo de justificação para a nossa atuação e tomada de decisão.

⁷ https://www.pensador.com/autor/marcos_godoy/

Este projeto serviu para perceber que pouco tem sido feito e divulgado cientificamente sobre a intervenção do enfermeiro especialista na prevenção do declínio funcional na pessoa idosa queimada. O ter questionado esta realidade, foi a oportunidade que tive para ir em busca de respostas que, embora não as tenha obtido integralmente, abriu caminho para inquietações e indagações futuras sobre o tema.

7. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Competência é uma palavra do senso comum, utilizada para designar uma pessoa qualificada para realizar alguma coisa: “direito, faculdade legal que um funcionário ou um tribunal têm de apreciar e julgar um pleito ou uma questão” (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (s/d.a).

Segundo Fleury e Fleury (2001), a competência não se limita a um aglomerado de conhecimentos teóricos e empíricos, detidos pela pessoa, nem se encontra encapsulado na tarefa; não é um estado nem se reduz a um conhecimento ou *know-how* específico. “É um saber agir responsável e reconhecido que implica mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades”, num contexto profissional determinado “que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo” (p. 188).

Por “Estágio” entende-se no léxico comum: “período de trabalho por tempo determinado para formação e aprendizagem” (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (s/d.b). Este período caracteriza-se por ser uma fonte de experiências que permite crescer e assegurar experiências significativas e exemplificativas da realidade, no sentido de se promoverem as competências necessárias ao desempenho autónomo e eficaz (Alarcão & Tavares 2003). Benner (1984) refere que, no processo de aquisição e desenvolvimento de competências, a experiência não se refere, apenas, à passagem do tempo, mas também, à vivência e reflexão sobre as situações reais.

A minha experiência clínica na prestação de cuidados à pessoa idosa queimada no âmbito de um serviço de cirurgia plástica e reconstrutiva tem cerca de 14 anos. Realizei uma autoavaliação da experiência profissional atual tendo em conta os níveis de perícia propostos por Benner (1984). De acordo com a autora, o enfermeiro proficiente percebe as situações na sua globalidade e as suas ações são guiadas por princípios científicos. O enfermeiro com este nível de competência aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos que podem vir, ou não, a suceder, numa determinada situação. Encontramos enfermeiros proficientes que trabalham há cinco anos no mesmo serviço (Benner, 1984). Pelo exposto, ao nível da prestação de cuidados à pessoa idosa queimada, em enfermaria, a minha autoavaliação versava,

no início do estágio, no nível proficiente. No entanto, ao nível da prestação de cuidados à população idosa, na comunidade, em visitas domiciliárias e ao nível da prestação de cuidados no âmbito de uma unidade de queimados, a minha experiência incide no nível de Iniciado Avançado, porque vivenciei situações reais na enfermaria que me permitiram adquirir alguma experiência e conhecer situações repetitivas (Benner, 1984). Esta mesma experiência anterior permitir-me-ia, p.e., compreender a disponibilidade do utente para a aprendizagem, visando um dos meus objetivos que era o ensino sobre comportamentos de risco para a ocorrência de acidentes/queimaduras. Considerei, contudo, necessitar de experiência adicional em ambos os campos de atuação, com abordagens distintas, com prioridades diferentes para equipa de enfermagem e doente e famílias.

A minha escolha recaiu sobre as duas unidades de saúde que considerei poderem proporcionar-me os momentos de aprendizagem, crescimento, consolidação de conhecimentos sobre o evento da queimadura na pessoa idosa, a sua prevenção e como prevenir o DF associado à hospitalização da pessoa idosa queimada. Por outro lado, cumpriam o critério de que a experiência ocorresse “em contexto de cuidados diferenciados e outra em cuidados de saúde primários”⁸.

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação que este estabelece com o utente, família e comunidade, relação intimamente influenciada pela formação, conhecimentos e experiências de cada enfermeiro e que se traduz na sua competência para prestar cuidados de excelência.

Ao enfermeiro especialista é reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade, detendo conhecimento aprofundado num domínio específico, demonstrando elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências especializadas (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro).

A pessoa idosa queimada adquire uma condição de saúde tendencialmente crónica, pelos cuidados que uma pele agredida passa a exigir e eventuais limitações funcionais decorrentes do evento traumático e/ou hospitalização. O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, enfermagem à pessoa em situação crónica, cuida em “ambiente hospitalar, domiciliar e comunitário” (...), incidindo na

⁸ UNIDADE CURRICULAR OPÇÃO II (Documento orientador da UC OpçãoII/estágio - Ano Letivo 2018-2019, 10º Curso de pós licenciatura e mestrado em enfermagem área de especialização enfermagem médico-cirúrgica – vertente pessoa idosa). Prof Idalina Gomes. ESEL, 2019, p.3.

“prevenção da doença, promoção de estilos de vida, promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico” (...), capacitando “ a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crônica e redefinição de um projeto de saúde, de acordo com as implicações da doença na pessoa e qualidade de vida da mesma” (Regulamento nº 429/2018 de 16 de Julho, p. 19368).

Tomando como referencial o plano de estudos do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de intervenção à pessoa idosa e os regulamentos da Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº 429/2018 de 16 de Julho; Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro) e, após a análise do percurso que efetuei e que explanei neste relatório, considero ter desenvolvido competências, tanto comuns, como específicas, na área de especialização em EMC, nomeadamente: responsabilidade profissional, ética e legal (estabelecimento de estratégias de resolução de problemas em parceria com o doente e tomada de decisão tendo por base conhecimento e experiência), melhoria da qualidade dos cuidados prestados (pela mobilização de conhecimentos e garantia de ambiente terapêutico e seguro), incremento das aprendizagens profissionais (pelo autoconhecimento enquanto pessoa e enfermeira e assertividade, baseando a minha praxis em evidência científica), gestão dos cuidados (adaptando-os ao contexto e recursos, visando sempre a qualidade dos mesmos) e, sem dúvida, melhoria no cuidado à pessoa idosa vítima de queimadura e na prevenção do seu declínio funcional

O recurso à evidência, nomeadamente artigos de investigação, bem como a realização de um estudo secundário através de uma RS, permitiram o desenvolvimento de competências que vão ao encontro do perfil almejado para grau de mestre, preconizado no Dec-Lei nº63/2016, de 13 de setembro, que prevê o desenvolvimento da capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais sendo, igualmente, capaz de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da minha carreira e de forma não planeada, a pessoa idosa foi um alvo frequente dos meus cuidados e fui aprendendo as suas particularidades e diferenças do adulto jovem. Nos últimos anos, surgiu a pessoa idosa queimada. O desejo de querer saber fazer melhor, de aspirar “uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem” (Regulamento nº 429/2018 de 16 de Julho, p.19360) levou-me a procurar especialização na área e frequência deste Curso de Mestrado.

O percurso para aquisição de competências realizado neste estágio aconteceu em 2 contextos: primeiro numa UCC, em que pretendi observar a pessoa idosa no seu domicílio e identificar eventuais comportamentos de risco para a ocorrência de acidentes que pudessem culminar em queimaduras acidentais e numa UQ onde pretendi observar e participar nos cuidados ao doente idoso queimado, bem como atuar na prevenção do declínio funcional da pessoa idosa queimada. Defini objetivos gerais e específicos, que atingi por meio de atividades planeadas para esse fim e que me permitiram adquirir e desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista e competências específicas na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em particular à pessoa idosa vítima de queimadura.

A revisão de literatura foi essencial para a fundamentação das minhas ações e a realização da RS permitiu-me mapear o que tem sido feito nesta área e perspetivar lacunas nesta área. A realização da RS foi um grande desafio por nunca ter efetuado, mas culminou numa aprendizagem muito importante. Cada vez mais relevante na Enfermagem, a investigação é essencial para uma prática baseada na evidência e uma tomada de decisão assertiva, com respeito pelos princípios éticos e deontológicos. Sinto-me, desta forma, mais competente e habilitada para, junto das equipas de trabalho onde me insiro, desenvolver projetos futuros que visem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, que promovam a segurança do doente, sempre em parceria com o mesmo, em linha com a filosofia do cuidado centrado na pessoa.

Os jornais de aprendizagem foram momentos de reflexão e de aprendizagem sobre situações reais.

O estudo de caso permitiu-me também aprofundar conhecimentos sobre o doente idoso vítima de queimadura e foi, também, um momento de reflexão sobre o impacto que a mesma tem, não só fisicamente, como psicologicamente.

A ação de formação é sempre um momento muito rico de troca de conhecimentos, de experiências, enriquecedor desde a sua conceção até à apresentação. O fato de ter ido ao encontro com as expectativas e necessidades da equipa constituiu uma mais valia.

O ter tido como orientadora o segundo elemento da equipa de enfermagem da UQ trouxe um enorme contributo para a minha formação e aquisição de competências na área da gestão de cuidados, gestão de conflitos e *know-how*.

A experiência na UCC foi enriquecedora por nunca ter trabalhado em cuidados de saúde primários. Ainda que tenha tido sido uma aprendizagem essencialmente pela observação, foi importante e trouxe muitos contributos para a minha formação, nomeadamente, na relação com o utente/família, os desafios que estes enfrentam e, os quais, as paredes do hospital não nos permitem ver.

A realização deste relatório culmina com um último processo crítico e analítico das atividades que desenvolvi no estágio com o intuito de desenvolver competência de perito. Tentei analisar o meu percurso, interiorizar os resultados pedagógicos e o desenvolvimento de competências especializadas médico cirúrgicas à pessoa idosa, mais especificamente, à pessoa idosa queimada e à prevenção do declínio funcional.

Considero que sou hoje uma profissional mais capaz, mais competente, mais crítica, mais centrada na pessoa alvo dos meus cuidados mas, também, mais exigente, com mais vontade de continuar este caminho de crescimento profissional e pessoal, indissociáveis que são. Esta construção pessoal e profissional não finda com o *términus* desta etapa, pelo contrário. Futuramente pretendo continuar a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa idosa vítima de queimadura.

Como limitações a este projeto a escassez de material científico publicado sobre a prevenção do DF na PI queimada e qual a intervenção do EE e a limitação temporal do estágio. Na UCC, a limitação de carros e o facto de existirem outros alunos em estágio, levou a uma gestão difícil dos recursos, ocasionando situações em que não pude acompanhar as equipas. A curta duração do estágio na UCC tornou também improvável a autorização, por parte das entidades responsáveis (ARS), para a recolha de dados pessoais, de acordo com a Lei de proteção de dados pessoais (Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro, revogada pela Lei n.º 58/2019, de 08 de Agosto). Os internamentos na UQ são prolongados e a incerteza quanto à admissão de pessoas

idosas vítimas de queimadura, condicionou a realização de atividades planeadas em fase de pré-projeto. Contudo, um projeto deve ser dinâmico, flexível, e que foi sendo ajustado em função dos objetivos inicialmente perspetivados, dos recursos que tive à disposição e das circunstâncias que envolveram o projeto (Ruivo & Ferrito, 2010; Sousa, s/d).

A escassez de material científico com a qual fui confrontada leva-me a concluir que é urgente pesquisar e publicar dados acerca do tema por forma a que, alicerçados nestes conhecimentos, os cuidados prestados sejam de excelência, com ganhos a nível da sua qualidade de vida e na diminuição do impacto económico que o DF/IAH pode originar, através da redução dos custos a ele associados.

A tríade escola/vida profissional/família foi uma aprendizagem de gestão de tempo e recursos, foi uma prova de resiliência, foi uma demonstração de amor por parte daqueles que tiveram de abdicar de mim durante o tempo de durou esta etapa de crescimento e que espero que venha a servir de exemplo de que é possível.

Uma última reflexão: a elaboração deste relatório esteve suspensa durante 3 meses que foi o tempo em que o país, o mundo, esteve também suspenso a lidar com uma realidade só conhecida e vivida por quem já contava 100 anos de vida – uma pandemia. O desconhecido, o medo, a incerteza e a incredulidade dominaram estes meses e marcaram todos os que vivenciaram e ainda vivenciam esta realidade, que tem tanto de assustadora, como de controversa, como devastadora. Foi e ainda é, também, uma aprendizagem com a qual estamos a aprender novas formas de estudar, de trabalhar, de conviver, de socializar, de viver e que vai marcar uma nova era de saber, de saber ser e de saber estar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Admi, H., Shadmi, E., Baruch, H. & Zisberg, A. (2015). From Research to reality: minimizing the effects of hospitalization on older adults. *Rambam Maimonides Medical Journal*, 6(2), e0017. doi: [10.5041/RMMJ.10201](https://doi.org/10.5041/RMMJ.10201)
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica – uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem* (2ªed.). Livraria Almedina.
- Almeida, H. (2012). Biologia do envelhecimento: uma introdução. In Paúl, C. & Ribeiro, O. (Eds.), *Manual de gerontologia – Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (p.21-40). Lidel.
- Alves, T., Rodrigues, E., Neto, M., Mexia, R. & Dias, Carlos. (2017). Acidentes domésticos e de lazer: resultados do sistema de vigilância EVITA apurados para o período 2013-2015. *Observações-Boletim Epidemiológico*, nº18(p.43-46). 2ª série. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Acedido em 19/6/2019. Disponível em: [http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4707/3/Boletim Epidemiologico Observacoes N18 janeiro-abril 2017.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4707/3/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N18_janeiro-abril_2017.pdf)
- American College of Surgeons. (2016). Statement on older adult burn prevention. Acedido em 25/7/2020. Disponível em: <https://www.facs.org/about-acs/statements/81-older-adult-burn>
- American Psychological Association. (2018). *APA Style Guide*. Acedido em 15/12/2018 em: <https://apastyle.apa.org>
- Andrade, C.C.O. & Cunha, S.L.F. (2010). Abordagem fisioterapêutica e os cuidados específicos da pele no indivíduo queimado. *Portal BioCursos*. Acedido em 30/09/2020. Disponível em: [https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/14/02_-Abordagem fisioterapYutica e os cuidados especYficos da pele no indivYduo queimado.pdf](https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/14/02_-Abordagem_fisioterapYutica_e_os_cuidados_especYficos_da_pele_no_indivYduo_queimado.pdf)
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32.

- Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., Etchells, E., Ghali, W.A., Hébert, P., Majumdar, S.R., O'Beirne, M., Palacios-Derflinger, L., Reid, R.J., Sheps, Sam & Tamblyn, R. (2004). The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170(11), 1678-86. DOI: [10.1503/cmaj.1040498](https://doi.org/10.1503/cmaj.1040498)
- Bandeira, M. L., Azevedo, A. B., Gomes, C. S., Tomé, L. P., Mendes, M. F., Baptista, M. I. & Moreira, M. J. G. (2014). *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa (1950-2011): evolução e perspectivas*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa. https://www.ffms.pt/upload/docs/dinamicas-demograficas-e-envelhecimento-da-populac_efe8FbqdiUGZx3LduUlzgg.pdf
- Barbosa, M. (2013). *Alimentação no ciclo de vida: alimentação na pessoa idosa*. Coleção E-Books APN, nº31. Acedido em: 15/01/2020 em https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook_Alimentacao_Ciclo_de_Vida_Idoso.pdf
- Bayuo, J., Botchway & A. E. (2017). Burns among older persons: A narrative review. *Burns Open*, 1, 2–8. Acedido em 23/2/2019 em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S246891221730010X>
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park: Addison-Wesley
- Benner, P. (2001). *De principiante a perito*. Quarteto Editora.
- Bergbower, E. A. S., Herbst, C., Cheng, N., Aversano, A., Pasqualini, K., Hartline, C., Hamby-Finkelstein, D., Brewer, Co., Benko, S. & Fuscaldo, J. (2020) A novel early mobility bundle improves length of stay and rates of readmission among hospitalized general medicine patients, *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*, 10:5. <https://doi.org/10.1080/20009666.2020.1801373>
- Berger, M. M. & Chioléro, R. L. (2012). In Echinard, C. & Latarjet, J. (Eds.) *Queimaduras* (pp.111-131). Lusociência.
- Boltz, M.; Capezuti, E.; Shabbat, N.; Hall, K. (2010). Going home better not worse: older adults' views on physical function during hospitalization. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 381-8.
- Boltz, M.; Resnick, B.; Capezuti, E.; Shuluk, J.; Secic, M. (2012). Functional Decline in

- Hospitalized Older Adults: Can Nursing Make a Difference? *Geriatric Nursing*, 33(4), 272–279. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2012.01.008>
- Boyd, C. M., Ricks, M., Fried, L. P., Guralnik, J. M.; Xue, Q.-L. & Bandeen-Roche, K. (2009). Functional Decline and Recovery of Activities of Daily Living among Hospitalized, Disabled Older Women: The Women's Health and Aging Study I. *Journal of American Geriatrics Society*, 57(10), 1757–1766. doi: [10.1111/j.1532-5415.2009.02455.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02455.x)
- Broucker, V. de. (2012). In Echinard, C. & Latarjet, J., *Queimaduras* (pp.196-198). Lusociência.
- Brown, C. J., Friedkin, R. J. & Inouye, S. K. (2004). Prevalence and outcomes of low mobility in hospitalized older patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 52(8): 1263-70. DOI: [10.1111/j.1532-5415.2004.52354.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52354.x)
- Brusselaers, N., Monstrey, S., Vogelaers, D., Hoste, E. & Blot, S. (2010). Severe burn injury in europe: a systematic review of the incidence, etiology, morbidity, and mortality. *Critical Care*, 14(5), R188. Doi: [10.1186/cc9300](https://doi.org/10.1186/cc9300)
- Buurman, B. M. J., Hoogerduijn, G., Haan, R. J. de, Abu-Hanna, A., Lagaay, A. M., Verhaar, Harald J., Schuurmans, M. J., Levi, M. & Rooij, Sophia E. de. (2011). Geriatric Conditions in Acutely Hospitalized Older Patients: Prevalence and One-Year Survival and Functional Decline. *PLoS ONE*, 6(11), e26951. DOI: [10.1371/journal.pone.0026951](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0026951)
- Campbell, J. W., Degolia, P., Fallon, W. F. & Rader, E. L. (2009). In harm's way: Moving the older trauma patient toward a better outcome. *Geriatrics*, 64 (1): 8-13. <https://pogoe.org/sites/default/files/Table%201%20%20Selected%20aspects%20of%20aging%20physiology%20impact%20on%20trauma%202.pdf>
- Canadian Institutes of Health Research. (2010). *A guide to knowledge synthesis: a knowledge synthesis chapter*. https://cihr-irsc.gc.ca/e/documents/knowledge_synthesis_chapter_e.pdf
- Cancela, D. M. G. (2008). *O processo de envelhecimento*. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>
- Capek, K. D.; Hughes, B. D., & Warden, G. D. (2018). Functional Sequelae and Disability Assessment. *Total Burn Care*, 673–678.e1. Doi:10.1016/b978-0-323-47661-4.00063-0
- Carvalho, Joana; Mota, Jorge (2012). O exercício e o envelhecimento. In Paúl, C.;

Ribeiro, O., *Manual de gerontologia – Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (p.71-91). Lisboa: Lidel.

Carvalho, T. C., Valle, A. P. do, Jacinto, A. F., Mayoral, V. F. de S. & Boas, P. J. F. V. (2018) Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: estudo de Coorte. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(2), 136-144. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000200134&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Castro, Magda Ribeiro de; Figueiredo, Nélia Maria Almeida de. (2009) O estado da arte sobre cuidado ao idoso: diagnóstico da produção científica em enfermagem. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 19(3), 743-759. Acedido em 25 de julho de 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a11v19n3.pdf>

Center for Research and Prevention of Injuries. (2005). *Eunese – European network for safety among elderly*. Department of Hygiene and Epidemiology, Medical School National and Kapodistrian University of Athens. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action3/docs/2003_3_13_inter2_en.pdf

Cícero, M. T. (2009). *Catão-o-Velho ou da Velhice*. Biblioteca Editores Independentes. (Obra originalmente publicada séc. XV-XVI).

Champion, H. R., Edin, F., Copes, W. S., Buyer, D., Flanagan, M. E., Bain, L. & Sacco, W. J. (1989). Major Trauma in Geriatric Patients. *American Journal of Public Health*, 79 (9), 1278-1282. <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdfplus/10.2105/AJPH.79.9.1278>

Colón, C. J. P., Collado, P. S. & Cuevas, M. J. (2014). Benefícios del entrenamiento de fuerza para la prevención y tratamiento de la sarcopenia. *Nutricion Hospitalar*, 29(5), 979-988. <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/7313.pdf>

Council of Europe (2003). *Resolution RESAP (2003)3 on food and nutritional care in hospitals*. Committee of Ministers. https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805de855

Covinsky, K. E., Martin, G. E., Beyth, R., Justice, A. C., Sehgal, R. & Landefeld,

C. S. (1999). The relationship between clinical assessments of nutritional status and adverse outcomes in older hospitalized medical patients. *JAGS*, Vol 47 (5), 532-538.

<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb02566.x>

Covinsky, K. E., Pierluissi, E. & Johnston, C. B. (2011). Hospitalization-Associated Disability “She Was Probably Able to Ambulate, but I’m Not Sure. *JAMA*, 306(16), 1782-1793. DOI: [10.1001/jama.2011.1556](https://doi.org/10.1001/jama.2011.1556)

Creditor, M. (1993) Hazards of hospitalization of the elderly. *Annals of Internal Medicine*, 118(3), 219-223.

<https://doi.org/10.7326/0003-4819-118-3-199302010-00011>

Cynober, L., Bargues, L., Berger, M. M., Carsin, H., Chioléro, R. L., Garrel, D., Gaucher, S., Manelli, J., Pernet, P. & Wassermann, D. (2005).

Recommandations nutritionnelles chez le grand brûlé. *Nutrition clinique et métabolisme*, n°19, 166–194.

Davis, J. S., Prescott, A. T., Varas, R. P., Quintana, O. D., Rosales, O., Pizano, L. R., Namias, N. & Schulman, C. I. (2012) A new algorithm to allow early prediction of mortality in elderly burn patients. *Burns*, 38, 1114 – 1118.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0305417912002823?via%3Dihub>

Decreto-Lei n.º 63/2016 (2016) Cria o diploma de técnico superior profissional e procede à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 64/2006, de 21 de março, à quarta alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, e à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 113/2014, de 16 de julho. *Diário da República*, I Série (n.º 176 de 2016-09-13), 3159 - 3191

ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/63/2016/09/13/p/dre/pt/html>

Decreto Lei nº 58/2019. (2019) Assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados. Assembleia da República. *Diário da República*, 1ª série (n.º 151 de 2019-08-08), 3 – 40.

ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/58/2019/08/08/p/dre>

Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. (1996). Estatuto da Ordem dos

Enfermeiros e Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1ª série – nº 205 de 4 de Setembro de 1996. 2959-2962.

<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>

Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa (s/d). In *Infopedia Dicionários da Porto Editora*. Acedido em: 4/8/2020 em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/balneoterapia>

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (s/d.a). *Priberam Dicionário*. Acedido em 28/7/2020 em: <https://dicionario.priberam.org/competência>

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (s/d.b). *Priberam Dicionário*. Acedido em 28/7/2020 em: <https://dicionario.priberam.org/estágio>

Direção Geral da Saúde (2013). *Norma nº 002 - Cirurgia segura salva vidas*.

Ministério da Saúde. https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/seguranca-cirurgica-norma_002_2013_cssv-revisao-junho2013.aspx

Direção Geral da Saúde (2016). *Manual de enfermagem da toma de observação direta em doentes com tuberculose*. Programa Nacional para a tuberculose. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/tb-manual-tod-pdf.aspx>

Duke, J. M., Boyd, J. H., Rea, S., Randall, S. & Wood, F. M. (2015). Long-term mortality among older adults with burn injury: a population-based study in Australia. *Bulletin of the World Health Organization*, 93, 400-406.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4450710/pdf/BLT.14.149146.pdf>

Echinard, C. (2012). Reflexões sobre a cirurgia e a reeducação funcional no queimado grave). In Echinard, C. & Latarjet, J. (Eds.), *Queimaduras* (pp.196-198). Lusociência.

Embil, J. M., McLeod, J. A., Al-Barrak, A. M., Thompson, Genevieve M., Aoki, F. Y., Witwicki, E. J., Stranc, M.F, Kabani A.M., Nicoll, Debbie R. & Nicolle, L. E. (2001). An outbreak of methicillin resistant *Staphylococcus aureus* on a burn unit: potencial role of contaminated hydrotherapy equipment. *Burns – Journal of the International Society for Burn Injuries*, 27(7), 681-688.
[Doi.org/10.1016/S0305-4179\(01\)00045-6](https://doi.org/10.1016/S0305-4179(01)00045-6)

Epstein, R. M., Fiscella, K., Lesser, C. S. & Stange, K. C. (2010). Why the nation

- needs a policy push on patient-centered health care. *Health Affairs*, 29(8).
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0888>
- Epstein, R. M. & Street Jr, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*, v. 9, n. 2, p. 100-103. Doi: [10.1370/afm.1239](https://doi.org/10.1370/afm.1239)
- ESEL (2020). <https://www.esel.pt/node/6816>
- EuroSafe. (2016). *Injuries in the European Union. Summary on injury statistics 2012-2014*. 6ª Ed. https://www.eurosafe.eu.com/uploads/inline-files/EuropeSafe_Master_Web_02112016%20%282%29.pdf
- Fineman, M. A. (2012). Elderly as vulnerable: rethinking the nature of individual and societal responsibility. *The Elder Law Journal*, 20(1), 71-111. Research paper No. 12-224. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2088159>
- Firmino, H. (2006). *Psicogeriatría*. Almedina.
- Fleury, M. T. L. & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. *Revista de Administração Contemporânea*, Edição Especial, 183-196.
<https://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Climepsi.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J.; Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G. & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology*, 56(3), M146-56. DOI: [10.1093/gerona/56.3.m146](https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146)
- Fulmer, T. (2019). Fulmer SPICES: An Overall Assessment Tool for Older Adults. *The Hartford Institute for Geriatric Nursing*, 1.
https://hign.org/sites/default/files/2020-06/Try_This_General_Assessment_1.pdf
- Gibbs, G. (2013). *Learning by doing; a Guide to teaching and learning methods*. Oxford Centre for staff and Learning Development at Oxford Brookes University.
<https://thoughtsmostlyaboutlearning.files.wordpress.com/2015/12/learning-by-doing-graham-gibbs.pdf> (Trabalho original publicado em 1988)
- Godinho, Natércia (2018). *Guia Orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações – normas APA*. Centro de documentação e biblioteca da ESEL. <https://www.esel.pt/node/5904>
- Godoy, Marcos (s/d). <https://www.pensador.com/frase/MTk1NTAzMQ/>
- Gregg, D., Patil, S., Singh, K., Marano, M. A., Lee, R., Petrone, S. J. & Chamberlain, R. S. (2018). Clinical Outcomes after burns in elderly patients over 70 years: A 17-year Retrospective analysis. *Burns*, 44, 65-69. Acedido em 24/04/2019.

Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417917305077?via%3>

Dihub

- Grimshaw, J. (2010). *A guide to knowledge synthesis: a knowledge synthesis chapter*. Canadian Institute of Health Research. https://cihr-irsc.gc.ca/e/documents/knowledge_synthesis_chapter_e.pdf
- Guedes, L. P. C. M., Oliveira, M. L. C. de & Carvalho, G. de A. (2018). Efeitos deletérios do tempo prolongado no leito nos sistemas corporais dos idosos – uma revisão. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(4), 516-523. Acedido em 22/3/2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000400499&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Hale, A., O'Donovan, R., Diskin, S., McEvoy, S., Keohane, C. & Gormley, G. (2013). *Physiotherapy in burns, plastics and reconstructive surgery*. University of Limerick. https://www.physio-pedia.com/images/3/30/Burns_and_Plastics.pdf
- Harrington, D. T. (2009). Burn injuries and burn care. *Medicine & Health/Rhode Island*, 92(5). <http://www.rimed.org/medhealthri/2009-05/2009-05-179.pdf>
- Hartley, P.J., Keevil, V.L., Alushi, L., Charles, R. L., Conroy, E. B., Costello, P. M., Dixon, B., Dolinska-Grzybeck, A.M., Vajda, D. & Romero-Ortuno, R. (2019). Earlier physical therapy input is associated with a reduced length of hospital stay and reduced care needs on discharge in frail older inpatients: an observational study. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 42(2), E7–E14. DOI: [10.1519/JPT.0000000000000134](https://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000134)
- Hébert R. (1997) Functional decline in old age. *Canadian Medical Association Journal*, 157(8),1037–1045. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1228259/>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital – enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Lisboa: Lusociência- Edições técnicas e científicas.
- Hirsch, C. H., Sommers, L., Olsen, A., Mullen, L.& Winograd, C. H. (1990). The Natural History of Functional Morbidity in Hospitalized Older Patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 38(12).
- Holroyd-Leduc, J.M., Mehta, K.M.; Covinsky, K.E. (2004). Urinary incontinence and its association with death, nursing home admission, and functional decline. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 712– 718.

- Hoogerduijn, J. G., Schuurmans, M. J., Duijnste, M. S.H., Rooij, S. E. de & Grypdonck, M. F.H. (2007). A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 46–57.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. The National Academies Press.
- Instituto Nacional de Estatística. (2009-2014) *Censos 2011*.
https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). Projeções de população residente 2015-2080. *Destaques*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUEdest_boui=277695619&DESTAQUEsmodo=2&xlang=pt
- Jeschke, M. & Peck, M. D. (2017). Burn Care of the Elderly. *Journal of Burn Care & Research*, 38 (3), e625-e628. Doi: [10.1097/BCR.0000000000000535](https://doi.org/10.1097/BCR.0000000000000535)
- Joanna Institute Briggs. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual 2015 edition – Methodology for JBI Scoping Reviews*. The Joanna Briggs Institute. <https://nursing.lsuhscc.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>
- Kamel, H.K., Iqbal, M.A., Mogallapu, R., Maas, D. & Hoffmann, R.G. (2003). Time to ambulation after hip fracture surgery: relation to hospitalization outcomes. *Journals of Gerontology: Series A*, 58(11), 1042-1045.
 Doi.org/[10.1093/gerona/58.11.M1042](https://doi.org/10.1093/gerona/58.11.M1042)
- Kisser, R., Walters, A., Rogmans, W., Turner, S. & Lyons, R. (2016). *Injuries in the European union, summary on the injury statistics 2012-2014*. EUROSAFE.
http://www.eurosafe.eu.com/uploads/inline-files/IDB%202013-2015_suppl%20to%206th%20edition%20Injuries%20in%20the%20EU.pdf
- Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K. & Zeitz, K. (2012). What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 4–15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x>
- Klein, M. B., Lezotte, D. L., Fauerbach, J. A., Herndon, D. N., Kowalske, K. J., Carrougher, G. J., deLateur, B.J., Holavanahalli, R., Esselman, P.C., Agustin, T.B.S. & Engrav, L. H. (2007). The National Institute on Disability and Rehabilitation Research Burn Model System Database: A Tool for the

- Multicenter Study of the Outcome of Burn Injury. *Journal of Burn Care & Research*, 28(1), 84–96.
- Klein, M. B., Lezotte, D. C., Heltshe, S., Fauerbach, J., Holavanahalli, R. K., Rivara, F. P., Pham, T. (2011). Functional and Psychosocial Outcomes of Older Adults After Burn Injury: Results From a Multicenter Database of Severe Burn Injury. *Journal of Burn Care & Research*, 32(1), 66-78.
- Levac, D., Colquhoun, H. & O'Brien, K.K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, 5, 1-9. DOI: [10.1186/1748-5908-5-69](https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69)
- Lundgren, R. S., Kramer, B., Rivara, F. P., Wang, J., Heimbach, D. M., Gibran, N. S. & Klein, M. B. (2009). Influence of comorbidities and age on outcome following burn injury in older adults. *Journal of Burn Care & Research*, 30(2), 307-314.
- Lyons, R., Turner, S., Walters, A., Kisser, R., Rogmans, Wim; Lyons, J., Akbari, A., Larsen, B., Valkenberg, H., Bejko, D., Bauer, R., Steiner, M. & Ellsaesser, G. (2017). *Disability adjusted life Year (DALY) estimates for injury utilizing the European Injury Data Base (IDB)*. Eurosafe. <https://www.eurosafe.eu.com/uploads/inline-files/Disability%20Adjusted%20Life%20Year%20%28DALY%29%20estimates%20for%20injury%20MAY%202017.pdf>
- Mandell, S. P., Pham, T. & Klein, M. B. (2013). Repeat hospitalization and mortality in older adult burn patients. *Journal of Burn Care and Research*, 34(1), e 36–41.
- Martinho, A. M. P. R. (2013). Balneoterapia: um estudo realizado na Unidade Funcional de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra [Dissertação de mestrado em Saúde Pública apresentada à Faculdade de Medicina da Univ. de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/9613>
- Mathiasen, D. G. (2009). *The capacity for long-term decision making in seven OECD countries: the case of ageing working paper awp 6.1*. In Maintaining prosperity in an ageing society: the OECD study on the policy implications of ageing. OECD. <https://www.oecd.org/els/public-pensions/2429430.pdf>
- McClusker, J., Kakuma, R. & Abrahamowicz, M. (2002). Predictors of Functional Decline in Hospitalized Elderly Patients: A Systematic Review. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*, 57A(9), M569–M577. <https://doi.org/10.1093/gerona/57.9.M569>
- McCormack, B. & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-

- centred nursing. *Journal of Advanced Nurs.*, 56(5): 472-9.
- McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K., Manning, M., Peelo-Kilroe, Lorna, Tobin, C. & Slater, P. (2010). Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2); 93-107.
- McKenzie, M., Clarke, D. M. Dean, McKenzie, P. & Smith, G. C. (2010). Which factors predict the persistence of DSM-IV depression, anxiety, and somatoform disorders in the medically ill three months post hospital discharge? *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 21–28.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.08.004>
- Melnyk, B. M. (2017). *Improving healthcare quality, patient outcomes, and costs with evidence-based practice*. Nursing Centered-Sigma Nursing
https://nursingcentered.sigmanursing.org/features/more-features/Vol42_3_improving-healthcare-quality-patient-outcomes-and-costs-with-evidence-based-practice
- Menezes, C., Oliveira, V. R. C. de & Menezes, R. L. de. (2010). Repercussões da hospitalização na capacidade funcional de idosos. *Revista Movimenta*, 3(2).
https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11682/1/ARTIGO_RepercussoesHospitalizacaoCapacidade.PDF
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2004). *Towards High-Performing Health Systems – The OCDE Health Project*.
<https://dx.doi.org/10.1787/9789264015562-en>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos. *Divulgar*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE.
Ordem dos Enfermeiros

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória - na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2009). *Orientações da OMS para a cirurgia segura – cirurgia segura salva vidas*. Organização Mundial da Saúde.

<https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/orientacoes-da-oms-para-a-cirurgia-segura-2009-pdf.aspx>

Paprottka, F.J., Krezdorn, N., Young, K., Ipaktchi, R., Hebebrand, D. & Vogt, P.M. (2016). German, european or american burn guidelines – is one superior to another? *Annals of Burns and Fire Disasters*, Vol. XXIX(1).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5108224/>

Paranhos, D. G. A. M., Albuquerque, A. & Garrafa, V. (2017). Vulnerabilidade do paciente idoso à luz do princípio do cuidado centrado no paciente. *Saúde Soc. São Paulo*, 26(4), 932-942. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170187>

Pereira, C., Murphy, K. & Herndon, D. (2004). Outcome measures in burn care. Is mortality dead? *Burns: Journal of the International Society for Burn Injuries*, 30:761–71. [Doi.org/10.1016/j.burns.2004.05.012](https://doi.org/10.1016/j.burns.2004.05.012)

Pereira, C. T., Barrow, R. E., Sterns, A. M., Hawkins, H. K., Kimbrough, C. W., Jeschke, M. G., Lee, J.O. & Herndon, D. N. (2006). Age-Dependent differences in survival after severe burns: a unicentric review of 1,674 and 179 autopsies over 15 years. *Journal American College of Surgeons*, 202(3). <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2005.11.002>

Peron, E. P., Gray, S. L. & Hanlon, J. T. (2011). Medication use and functional status decline in older adults: a narrative review. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 9(6), 378–91.

<https://doi.org/10.1016/j.amjopharm.2011.10.002>

Pierluissi E., Francis, D.C. & Covinsky, K.E. (2014). Patient and hospital factors that

- lead to adverse outcomes in hospitalized elders. In Malone, M.L., Capezuti, E.A. & Palmer, R.M., (Eds.), *Acute Care for Elders. A Model for Interdisciplinary Care*. (pp.21–48). Humana Press.
- Pinto, A. M. (realização) & Pires, M. (1990). *Conversas vadias: Agostinho Silva conversa com Adelino Gomes*, epis. 2.
<https://arquivos.rtp.pt/programas/conversas-vadias/page/2/#filters>
- Pham, T. N., Kramer, C. B., Wang, J., Rivara, F. P., Heimbach, D. M., Gibran, N. S. & Klein, M. B. (2009). Epidemiology and Outcomes of Older Adults With Burn Injury: An Analysis of the National Burn Repository. *Journal of Burn Care and Research.*, 30(1), 30–36.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3042349/>
- Philp, I., Tugay, K., Hildon, Z., Aw, S., Jeon, Y. H.; Naegle, M., Michel, J. P., Namara, A. A. Wang, M. & Hardman, M. (2017). *Person-centred assessment to integrate care for older people: Global consultation on integrated care for older people (ICOPE)– the path to universal health coverage - Background paper 2*. World Health Organization.
- Programa Nacional de Prevenção de Acidentes (2012). Projeto: COM MAIS CUIDADO – Prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas. Manual de Apoio e formulário. *Direção Geral de Saúde e Fundação MAPFRE*. Lisboa.
<https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/projeto-cmc-manual-pdf.aspx>
- Regulamento nº 429/2018 de 16 de Julho. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª série - nº 135 de 16 de Julho de 2018, 19359-19370. <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª série - nº 140/2019 6 de Fevereiro de 2019, 4744 – 4750. <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Rocha, E. (2017). A carga global de doença: fonte de informação para a definição de

- políticas e avaliação de intervenções em saúde. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 36(4), 283-285. <https://www.revportcardiol.org/pt-pdf-S0870255117301439>
- Roksund, G. (2011). Cuidados de Saúde Preventivos. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 27, 466-8. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpcg/v27n5/v27n5a09.pdf>
- Rousseau, A.-F., Losser, M.-R., Ichai, C. & Berger, M. M. (2013). ESPEN endorsed recommendations: Nutritional therapy in major burns. *Clinical Nutrition*, 32, 497-502. [https://www.renacare.com/downloads/2013_Rousseau - Nutrition Espen Verbrennungsopfer.pdf](https://www.renacare.com/downloads/2013_Rousseau_-_Nutrition_Espen_Verbrennungsopfer.pdf)
- Ruivo, M., Ferrito C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 3-37. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*, 11, 59-62. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2064&id_revista=5&id_edicao=10
- Santos, J. V., Oliveira, A., Costa-Pereira, A., Amarante, J. & Freitas, A. (2016). Burden of burns in Portugal, 2000–2013: A clinical and economic analysis of 26,447 hospitalizations. *Burns*, 42(8), 891-900. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417916000395?via%3Dihub>
- Sepehiripour, S., Duggineni, S., Shahsavari, S. & Dheansa, B. (2018). Life expectancy in elderly patients following burns injury. *Burns*, 44, 1446-1450. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2018.04.009>
- Silva, S. M. D. T. da & Rodrigues, R. M. C. (2016). Os determinantes do envelhecimento: a ruralidade e a urbanidade. In Z. Azeredo. (Coord.), *Envelhecimento, cultura e cidadania* (pp.9-54). Edições Piaget.
- Smeltzer, S. C. & Bare, B. G. (1994) – *Brunner e Suddarth : Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 7ª ed. Guanabara Koogan.
- Sourdet, S., Lafont, C., Rolland, Y., Nourhashemi, F. & Vellas, B. (2015). Preventable Iatrogenic Disability in Elderly Patients During Hospitalization. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(8), 674,681.
- Sousa, Alberto B., (s/d). *O método dos projetos*. <https://sites.google.com/site/albertobarrossousa/metodologias-de-educacao/metodologia-de-projeto>

- Stylianou, N., Buchan, I. & Dunn, K.W. (2014). A review of the international Burn Injury Database (iBID) for England and Wales: descriptive analysis of burn injuries 2003–2011. *BMJ Open*, 5(2).
<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/5/2/e006184.full.pdf>
- Targino, M. de L. S. (2013). *Psicologia da Aprendizagem - Licenciatura em letras – Português*. Pró-Reitoria de Ensino Médio, Técnico e Educação a Distância. EDUEPB.
<http://www.ead.uepb.edu.br/arquivos/letras/Psicologia%20da%20Aprendizagem%20-%20para%20o%20ava%2011%203%2014.pdf>
- Tavares, J., Grácio, J. & Nunes, L. (2017). Avaliação do ambiente e políticas hospitalares: rumo a um hospital amigo das pessoas idosas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(2), 255-259. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160095>
- Tricco, A.C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Kastner, M., Levac, D., Ng, C., Sharpe, J. P., Wilson, K., Kenny, M., Warren, R., Wilson, C., Stelfox, H. T. & Straus, S.E. (2016). A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 16:15. Doi: [10.1186/s12874-016-0116-4](https://doi.org/10.1186/s12874-016-0116-4)
- Verdijk, L. B., Koopman, R., Schaart, G., Meijer, K., Savelberg, H. H. C. M. & van Loon, L. J. C. (2006). Satellite cell content is specifically reduced in type II skeletal muscle fibers in the elderly. *American Journal Physiology Endocrinology Metabolism*, 292(1), E151–E157. DOI: [10.1152/ajpendo.00278.2006](https://doi.org/10.1152/ajpendo.00278.2006)
- Waldow, V. R. (1995). *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Artes Médicas.
- Wibbenmeyer, L. A, Amelon, M. J., Morgan, L. J., Robinson, B. K., Chang, P. X., Lewis II, R. & Kealey, G. P. (2001). Predicting survival in an elderly burn patient population, *Burns*, 27, 583–590. DOI: [10.1016/s0305-4179\(01\)00009-2](https://doi.org/10.1016/s0305-4179(01)00009-2)
- World Health Organization. (2001). *ICIDH-2: International Classification of Functioning, Disability and Health – Final Draft. Full Version*. World Health Organization. <https://unstats.un.org/unsd/disability/pdfs/ac.81-b4.pdf>
- World Health Organization. (2007a). *People-centred health care: a policy framework*. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206971>
- World Health Organization. (2007b). *Communication During Patient Hand-*

Overs. *Patient Safety Solutions*; vol 1, solution 3. Disponível em:
<https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf?ua=1>

World Health Organization. (2008). A WHO plan for burn prevention and care. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97852>

World Health Organization (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde – Resumo*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/who_fw_c.;jsessionid=733DAE17F245D7275FFAC72B16ACF291?sequence=6

Zisberg, A., Shadmi, E., Gur-Yaish, N., Tonkikh, O. & Sinoff, G. (2015). Hospital-Associated Functional Decline: The Role of Hospitalization Processes Beyond Individual Risk Factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63, 55-62.

Zock, G., Meissl, G., Bayer, S. & Kyra, E. (1992). Reduction of the mortality rate in aged burn patients. *Burns*, 18, 153-156. [Doi.org/10.1016/0305-4179\(92\)90016-N](https://doi.org/10.1016/0305-4179(92)90016-N)

APÊNDICES

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO DECLÍNIO FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA QUEIMADA: UM PROTOCOLO DE REVISÃO SCOPING

BACKGROUND

São várias as perspetivas pelas quais se pode olhar para o envelhecimento. O seu conceito tem sofrido alterações e evoluído ao longo dos anos consoante as atitudes, crenças, cultura, conhecimentos e relações sociais de cada época.

O envelhecimento demográfico é, no essencial, a “progressiva diminuição do peso das gerações mais jovens a favor das gerações mais velhas” (Bandeira, 2014, p.17). Podemos, também, falar de idade biológica, social e psicológica, que podem ser diferentes da idade cronológica. A idade biológica está ligada ao envelhecimento biológico; a idade social refere-se ao papel, hábitos e estatuto da pessoa, sendo fortemente determinada pela cultura e história de um país. Por fim, a idade psicológica onde a competência comportamental face às mudanças do ambiente que a rodeia se torna relevante, e onde se inclui a inteligência, a memória e a motivação (Cancela 2008).

Sabemos que o envelhecimento acarreta mudanças inevitáveis e irreversíveis (Fulmer, 2019) e que são, parcialmente, responsáveis pelo risco aumentado que este grupo populacional tem de desenvolver alterações nas condições de saúde.

A diminuição da reserva funcional, decorrente do envelhecimento dito normal, altera a capacidade de resposta a situações de trauma, que é diferente no adulto

jovem, no idoso jovem e no idoso com mais de 80 anos. A resposta aos tratamentos e terapêuticas é igualmente distinta. Por outro lado, as alterações a nível dos vários sistemas propiciam a ocorrência de acidentes (PNPA, 2012).

Nas pessoas com mais de 65 anos, os acidentes não intencionais, onde, em termos epidemiológicos se incluem as queimaduras, são uma importante causa de mortalidade, morbilidade e incapacidade, com elevado impacto na sua saúde e na qualidade de vida (PNPA, 2012).

Em termos mundiais, são a 4^a causa mais comum de procura de cuidados médicos. O tempo de internamento é mais longo e a taxa de mortalidade é mais elevada nos idosos do que nas faixas etárias mais novas (WHO, 2008). São a principal causa de incapacidade e desfiguramento. Estima-se que queimaduras relacionadas com fogo concorrem para 10 milhões de *disability adjusted life years* (DALYs) perdidos, globalmente, em cada ano. Isto inclui pessoas com contraturas ou outras incapacidades físicas que irão limitar a sua função/funcionalidade e, como tal, limitam a possibilidade de uma vida normal e economicamente produtiva. Exclui, contudo, o impacto da desfiguração que, frequentemente, resulta em estigma social e restrições na participação na sociedade e que são mais dificilmente quantificáveis (Mock, 2008).

As queimaduras nos idosos têm sido atribuídas a diminuição da força muscular, mecanismo de proteção prejudicado, múltiplas comorbilidades, diminuição do tempo de reação, atrofia da pele, diminuição dos mecanismos de defesa, diminuição da mobilidade e da destreza e deficiente microcirculação. Há ainda relação com abuso e negligência (Bayo, 2017; Pham *et al*, 2009; Davis *et al* 2012).

A idade não pode ser considerada como um fator independente/explicativo para o declínio funcional mas sim um fator associado à diminuição do potencial de recuperação (Menezes, 2010). Estudos sugerem também que a fragilidade tem um papel mais importante e preditivo na ocorrência de resultados adversos e mortalidade do que a idade cronológica (Sepehripour, Duggineni, Shahsavari & Dheansa, 2018).

O desenvolvimento da deterioração funcional é o fator de risco mais relevante para a dependência, a institucionalização, a utilização de recursos de saúde e sociais, na população mais velha e a mortalidade. Diversos fatores associam-se à perda da independência do idoso perante a doença aguda e a hospitalização prolongada como a idade ou o desempenho funcional prévio, a própria doença e condições clínicas co-existent, bem como as características dos cuidados prestado em meio hospitalar (Menezes, 2010).

Em termos funcionais, os défices adquiridos podem seguir diferentes trajetórias: resolvidos durante o internamento, manter-se estáveis ou sofrer agravamento.

A permanência no leito, por longos períodos, conduz a perda da força muscular. Esta pode ser perdida a uma magnitude de 10 a 15% por semana de desuso, podendo ser perdida até 5,5% por dia de repouso (Guedes, 2018).

Estudos efetuados indicam que 30 a 60% dos pacientes com 70 ou mais anos têm alta hospitalar com perda de independência nas AVD's, independentemente de necessitarem de assistência antes da admissão. Estes doentes têm maior risco de mortalidade, re-hospitalização, necessidade de cuidados formais ou informais no domicílio e/ou institucionalização (Sandrine, 2015).

O declínio funcional é uma das principais consequências da hospitalização. Pode ser descrito como a perda de independência para a satisfação das AVD's ou a deterioração na capacidade para o autocuidado (Hoogerduijn, 2007).

Pode apresentar-se como uma condição aguda associada, p.e., a uma emergência médica/cirúrgica, e desenvolve-se no espaço de 2 dias a 1 semana. A sua forma subaguda é mais insidiosa, geralmente associada a agravamento de uma condição crónica ou iatrogénica desenvolve-se em semanas ou meses. Ambas levam à hospitalização. As consequências do DF manifestam-se a vários níveis: físicos, psicológicos e sociais (Hébert, 1997).

É consensual que a prevenção da instalação do DF é a melhor atitude.

Boltz *et al* (2012) apresentam o cuidado baseado na função enquanto filosofia de cuidado, em que o enfermeiro se foca na manutenção e/ou recuperação da função e não somente na causa que levou à hospitalização. Hoogerduijn (2007) defende que o enfermeiro, pela sua capacidade de observação, pelo seu envolvimento nas AVD's, pela visão integrativa que tem do doente, desempenha um papel fundamental e chave na prevenção do DF.

Sandrine *et al* (2015) falam em incapacidade iatrogénica, que é o DF resultante de eventos iatrogénicos (incidentes/acidentes/complicações não intencionais que resultam de um ato de cuidado e não do processo de doença em si, podendo ser evitáveis ou não evitáveis) graves/severos, ocorridos durante a hospitalização. Defendem que a gestão dos cuidados de saúde ministrados também pode contribuir para a instalação da IAH: repouso no leito prolongado, polimedicação, uso abusivo de cateteres urinários, acesso endovenosos, restrição física e dietas restritivas ou inadequadas contribuem para a cascata da dependência (Sandrine et al, 2015).

Zisberg, Shadmi, Gur-Yaish, Tonkikh & Sinoff (2015) referem que a prevenção da incapacidade associada à hospitalização é possível se forem identificados os fatores de risco que são considerados modificáveis.

Uma busca preliminar nas bases de dados *CINHAL*, *JB I Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, revelou que não estavam publicadas ou em progresso outras revisões *scoping* sobre a intervenção do enfermeiro na prevenção do declínio funcional da pessoa idosa queimada.

O objetivo desta revisão *scoping* é mapear a literatura sobre o declínio funcional da pessoa idosa queimada.

Identificação da questão de pesquisa

Tendo em conta o tópico de interesse e com base na mnemónica PCC, recomendada pelo *The Joanna Briggs Institute* (2015), na qual P representa a população, C o conceito e o último C o contexto, foram estabelecidos os seguintes elementos: (P) – idosos (idade superior ou igual a 65 anos) vítimas de queimaduras; (C) – estudos que abordem os fatores que influenciam o declínio funcional da pessoa idosa queimada; (C) – irão ser considerados todos os ambientes de prestação de cuidados de enfermagem que abordem os fatores que influenciam o declínio funcional na pessoa idosa queimada. Esta mnemónica traduz-se, assim, nas seguintes questões de investigação:

Quais os fatores que influenciam o declínio funcional da pessoa idosa queimada?

Qual a intervenção do enfermeiro na prevenção do declínio funcional da pessoa idosa queimada?

Critérios de seleção

A revisão inclui estudos referentes à intervenção do enfermeiro na prevenção do declínio funcional da pessoa idosa queimada, realizados em contextos de ambiente de cuidados hospitalares ou na comunidade e estudos de outras disciplinas da área da saúde que se considerou acrescentarem dados relevantes para o mapeamento do tema. Serão, ainda, incluídos, todos os estudos qualitativos e quantitativos, artigos científicos, com texto integral disponível *on-line*, escritos em português, inglês, francês ou espanhol. Não iremos estabelecer limites cronológicos nas pesquisas por considerarmos ser importante incluir toda a literatura existente sobre o tema. Não

iremos, contudo, considerar publicações de opinião nem relatórios. Serão excluídos os estudos com idades inferiores a 65 anos ou pessoas idosas sem queimadura.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO		
	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes	Idosos com 65 ou mais anos, com queimadura	Idade inferior a 65 anos; sem queimadura
Conceito	Estudos que abordem o declínio funcional da pessoa idosa	Estudos que não abordem o declínio funcional da pessoa idosa
Contexto	Todos os contextos de cuidados (hospitalar, domiciliário, institucional)	
Tipo de texto	Revisões da literatura; estudos qualitativos, quantitativos ou mistos publicados ou não publicados; teses de mestrado e doutoramento.	Publicações de opinião e relatórios.
Data de Publicação	Sem limite de datas	
Idioma de Publicação	Português, Inglês, Francês e Espanhol	Documentos cujo idioma não seja português, inglês, francês ou espanhol
Disponibilidade do texto	Full texto	Ausência de full-text

Metodologia de Pesquisa

Será usada a metodologia do JBI para as revisões scoping.

Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa foi desenvolvida seguindo as três etapas definidas pelo JBI para as *scoping reviews* (JBI, 2015).

A estratégia visa identificar os estudos publicados e não publicados.

Recorrendo à plataforma agregadora de bases de dados *EBSCOhost*, foi realizada uma busca inicial, limitada, nas bases de dados *CINAHL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text* por forma a extrair as palavras em linguagem natural que aludiam aos critérios de inclusão. Foram, assim, identificadas, atendendo ao grau de relevância no título e resumo de cada publicação, as seguintes palavras-chave ou termos de pesquisa: “*functional decline*”, “*burns*”, “*aged*”.

Uma segunda pesquisa será efetuada, em todas as bases de dados incluídas na RS, usando as palavras-chave e termos indexados identificados. Por fim, a terceira etapa consistirá numa pesquisa adicional de artigos a partir das referências bibliográficas de todos os estudos selecionados e com pertinência para o mapeamento pretendido.

Bases de dados incluídas

As bases de dados para pesquisa serão:

CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Science Direct, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Data base of Systematic Reviews, Academic Search Complete, MedicLatina, Wiley Online Library, IsiWebKnowledge, Scopus, Springer, Scielo, Google Scholar.

Seleção dos estudos

Os estudos identificados na pesquisa em todas as bases de dados selecionadas serão analisados para exclusão dos artigos duplicados. Com base no título e sumários, dois investigadores independentes irão identificar os artigos com relevância para o estudo. O artigo completo será analisado nos casos em que cumpra ou possa cumprir, os critérios de inclusão. Desacordos que possam surgir serão resolvidos por discussão e/ou pelo terceiro investigador. Os textos completos que não respeitem os critérios de inclusão definidos serão excluídos e os motivos da exclusão serão apresentados num apêndice, no final do relatório. Os resultados desta seleção de estudos serão apresentados, por completo, no final, num diagrama PRISMA.

Extração de dados

Os dados serão extraídos dos artigos de investigação incluídos na revisão, usando um instrumento de extração desenvolvido pelos autores especificamente para esta revisão.

Este instrumento permitirá a descrição completa dos fatores que influenciam o declínio funcional da pessoa idosa queimadas e espera-se que também permitirá identificar-se a intervenção do enfermeiro na prevenção do declínio funcional da pessoa idosa queimada.

Será efetuada de forma independente por dois investigadores e, qualquer desacordo que surja será resolvido por discussão e/ou pelo terceiro investigador.

Os dados específicos incluirão:

- Autor(es)
- Ano de Publicação
- País de origem
- População estudada e tamanho da amostra (se aplicável)
- Metodologia/método
- Idoso queimado (epidemiologia)
- Local da prestação de cuidados
- Atividades de vida diária
- Declínio funcional no idoso queimado hospitalizado
- Intervenção na prevenção do declínio funcional
- Informação relacionada com as questões da revisão *scoping*

Este instrumento será modificado e revisto sempre que se considerar necessário durante o processo de extração de dados. Estas eventuais modificações serão detalhadas no relatório final da revisão *scoping*.

Síntese de dados

Conforme as *guidelines* do *JB I Reviewers Manual Methodology for Scoping Reviews* 2015, os resultados serão apresentados num formato de diagrama e tabela, com um sumário narrativo, explicando como os resultados obtidos se relacionam com os objetivos e a questão incluindo e ressaltando as áreas para futuros estudos/pesquisas.

Os resultados serão categorizados de acordo com os achados chave conceptuais obtidos durante e na extração de dados e mapeados usando as

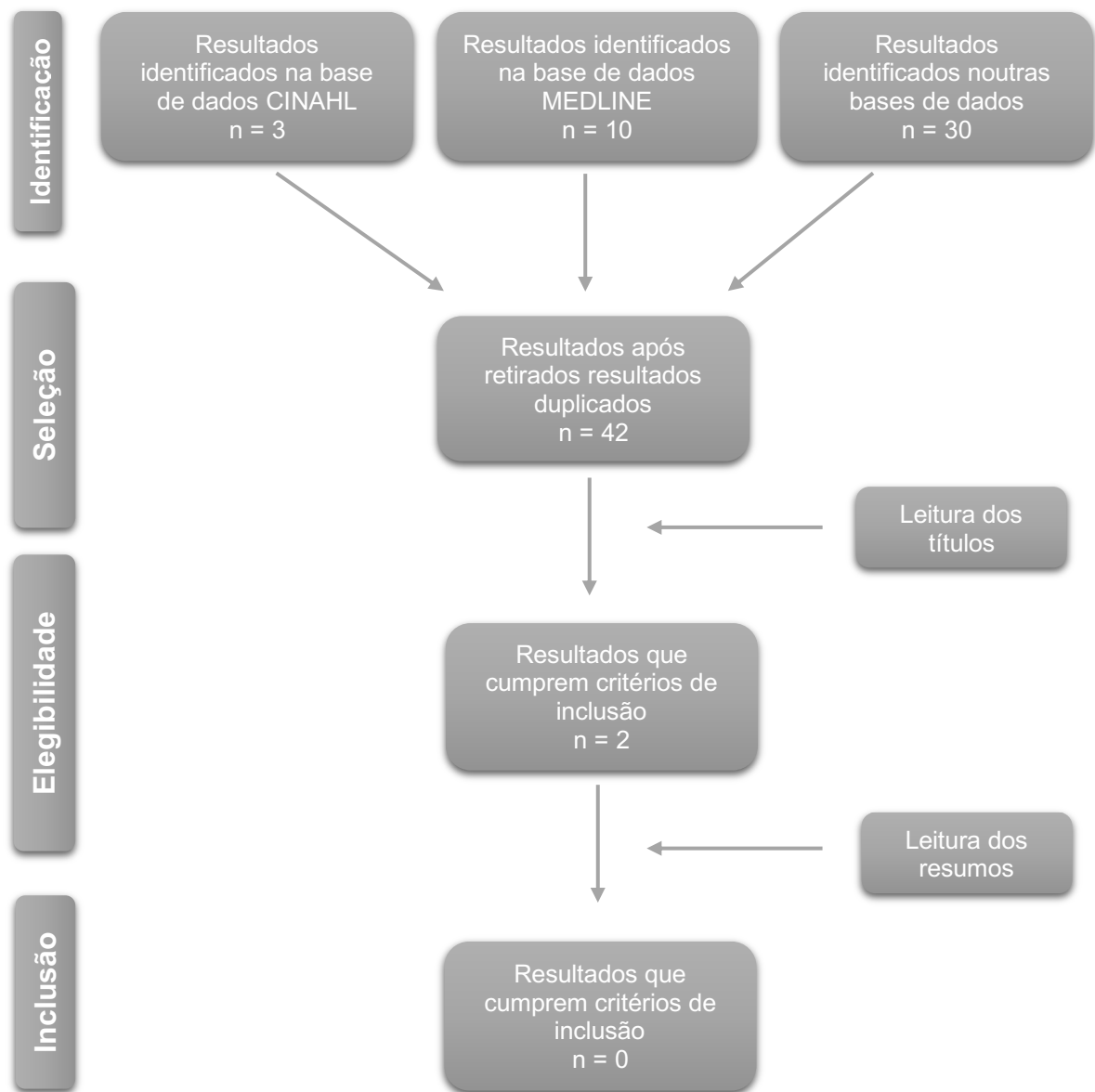
apresentações diagrama/tabela. Estas categorias estarão relacionadas com os objetivos da revisão *scoping*.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO		
	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes	Idosos com 65 ou mais anos, com queimadura	Idade inferior a 65 anos; sem queimadura
Conceito	Estudos que abordem o declínio funcional da pessoa idosa	Estudos que não abordem o declínio funcional da pessoa idosa
Contexto	Todos os contextos de cuidados (hospitalar, domiciliário, institucional)	
Tipo de texto	Revisões da literatura; estudos qualitativos, quantitativos ou mistos publicados ou não publicados; teses de mestrado e doutoramento.	Publicações de opinião e relatórios.
Data de Publicação	Sem limite de datas	
Idioma de Publicação	Português, Inglês, Francês e Espanhol	Documentos cujo idioma não seja português, inglês, francês ou espanhol
Disponibilidade do texto	Texto integral	Ausência de texto integral

APÊNDICE III – Tabeça de extração de dados

Tabela de extração de dados	
Autores	
Ano de publicação	
País de origem	
População estudada e tamanho da amostra (se aplicável)	
Metodologia/método	
Idoso queimado (epidemiologia)	
Local da prestação de cuidados	
Atividades de vida diária	
Declínio funcional no idoso queimado hospitalizado	
Intervenção na prevenção do declínio funcional	
Informação relacionada com as questões da revisão <i>scoping</i>	

APÊNDICE IV – Fluxograma da estratégia de pesquisa



APÊNDICE V –Tabela de observação

	A	B	C	D	E	F
IDADE	74	80	69	79	71	80
GÊNERO	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
MOTIVO DA VISITA DOMICILIÁRIA	Tratamento de feridas e reabilitação; gestão terapêutica	Toma observada direta (TOD)	Tratamento de feridas; gestão terapêutica	Tratamento de feridas; gestão terapêutica	Tratamento de feridas; reabilitação; gestão de terapêutica	Tratamento de feridas; gestão terapêutica; reabilitação
AGREGADO FAMILIAR	Vive com a esposa idosa com apoio da família	Vive com a filha	Vive sozinho	Vive com a irmã	Vive com a esposa, também idosa	Vive com a esposa também idosa (esteve 1 mês num centro de media duração para descanso do cuidador)
CO-MORBILIDADES	Sim (DPOC, sepsis)	Sim (Tuberculose, obesidade, Diabetes)	Sim (IVMI)	Sim (AVC, afásico)	Sim (Parkinson, demência)	Sim

FORMAS DE AQUECIMENTO	Aquecedores. Mantas. Não usa botijas de água quente, nem mantas eletricas	Aquecedores. Mantas. Não usa botijas de água quente, nem mantas eletricas	Aquecedores. Mantas. Não usa botijas de água quente, nem mantas eletricas	Aquecedores. Mantas. Não usa botijas de água quente, nem mantas eletricas	Aquecedores. Mantas. Não usa botijas de água quente, nem mantas eletricas	Aquecedores. Mantas. Não usa botijas de água quente, nem mantas elétricas
TAPETES	Sim	Não	Não	Sim.	Não	Não
APOIOS DE PAREDE WC	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim
HIGIENE	Apoio domiciliário	Apoio domiciliário	Apoio domiciliário	Apoio domiciliário	Apoio domiciliário	Ajuda da esposa
ALTERAÇÕES NA MOBILIDADE	Sim – andarilho	Sim – cadeira de rodas	Sim, pelas feridas no MIDireito e dor na marcha	Sim. Cadeira de rodas	Sim. Cadeira de rodas	Sim. Andarilho
ALTERAÇÕES NA SENSIBILIDADE	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
REFEIÇÕES	Fornecidas pelo apoio domiciliário	Feitas pela filha	Fornecidas pelo apoio domiciliário	Fornecidas pelo apoio domiciliário	Feitas pela esposa	Feitas pela esposa

	G	H	I	J	K	L
IDADE	84	69	84	73	80	79
GÉNERO	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino
MOTIVO DA VISITA DOMICILIÁRIA	Tratamento de feridas; reabilitação (sem condições no domicílio); encaminhamento para unidade de media duração para reabilitação (acabou por recusar)	Reabilitação	Gestão terapêutica; encaminhamento para UCP; luto	Tratamento de feridas; gestão terapêutica	Tratamento de feridas; gestão de terapêutica; reabilitação	Reabilitação
AGREGADO FAMILIAR	Vive sozinha	Vive com a esposa, também idosa	Vive com 1 filho	Vive com o marido	Vive com a esposa	Vive com a esposa
CO-MORBILIDADES	Sim Doença degenerativa	Sim (AVC, apneia do sono)	Sim (adenocarcinoma pulmão; asma)	Sim (obesidade, HTA)	Sim (diabetes, HTA, alterações prostáticas)	Sim (neoplasia da próstata)
FORMAS DE AQUECIMENTO	Aquecedores; mantas; não usa botijas de água	Ar condicionado; aquecedores; mantas. Não usa	Ar condicionado; aquecedores; mantas. Não usa	Aquecedores; mantas. Não usa botijas de água,	Aquecedores, mantas; Não usa botijas de água,	Ar condicionado, lareira (recuperador de

	quente, nem mantas elétricas	botijas de água quente, nem mantas elétricas	botijas de água quente, nem mantas elétricas	nem mantas elétricas	nem mantas elétricas	calor), mantas, Não usa botijas de água, nem mantas elétricas
TAPETES	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não
APOIOS DE PAREDE WC	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
HIGIENE	Apoio domiciliário	O próprio com supervisão da esposa	Própria	Própria com ajuda do marido	Ajuda da esposa (aguarda-se decisão se quer apoio domiciliário)	Próprio com ajuda da esposa.
ALTERAÇÕES NA MOBILIDADE	Sim (cadeira de rodas)	Sim. Desequilíbrio	Não	Sim, pela ferida	Sim (apoia-se na mobília)	Sim. Andarilho
ALTERAÇÕES NA SENSIBILIDADE	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não
REFEIÇÕES	Fornecidas	Confecionadas pela esposa	Confecionadas pela própria	Confecionadas pela própria	Confecionadas pela esposa	Confecionadas pela esposa

	M	N	O	P	A	R
IDADE	94	85	80			
GÊNERO	Feminino	Masculino	Feminino			
MOTIVO DA VISITA DOMICILIÁRIA	Lavagem vesical; reforço de ensinoss às netas; gestão de terapêutica	Reabilitação	Tratamento de feridas; ensino ao cuidador; gestão de terapêutica; avaliação nutricional			
AGREGADO FAMILIAR	Vive com as netas	Vive com a esposa	Marido; apoio diário do filho			
CO-MORBILIDADES	Sim Neoplasia da bexiga	Sim invisual, #colo fémur,	Demência; AVC; HTA; imobilidade			
FORMAS DE AQUECIMENTO	Ar condicionado; aquecedores, lareira, com recuperador de calor	Aquecedores; lareira com recuperador de calor	Aquecedores; roupa na cama; Não usa botijas de água quente, nem mantas elétricas			
TAPETES	Sim	Não	Não			
APOIOS DE PAREDE WC	Sim	Sim	Não			
HIGIENE	Própria	Esposa (aguarda apoio domiciliário)	Marido (aguarda apoio domiciliário)			

ALTERAÇÕES NA MOBILIDADE	Não	Sim (cadeira de rodas)	Sim (acamada)			
ALTERAÇÕES NA SENSIBILIDADE	Não	Sim	Não			
REFEIÇÕES	Confeccionadas pelas netas	Confeccionadas pela esposa	Confeccionadas pelo filho			

APÊNDICE VI – Jornal de Aprendizagem




Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
10º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem à Pessoa Idosa

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO
SEIXAL
- JORNAL DE APRENDIZAGEM -

Raquel Gomes nº 8912

Lisboa 2019





Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
10º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem à Pessoa
Idosa

Unidade Curricular: Opção II – Projeto de Estágio

ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO
SEIXAL
- JORNAL DE APRENDIZAGEM -

Aluna

Raquel Gomes nº 8912

Regente: Professora Doutora Idalina Gomes

Docente Orientadora: Professora Doutora Graça Melo

Orientador do local de estágio: Enfª Vera Tiago

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	50
UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO SEIXAL	52
JORNAL DE APRENDIZAGEM 1 – “VIDAS IMPOSTAS”	55
JORNAL DE APRENDIZAGEM 2 – “VIDAS SEGURAS”	61
CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
ANEXOS	69

ANEXO 1 – TABELA DE OBSERVAÇÕES **ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.**

INTRODUÇÃO

Este trabalho surgiu no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com relatório orientada pela docente professora Doutora Graça Melo. Tem como objetivo identificar as aprendizagens significativas valorizadas pelo estudante em campo de estágio e analisar os contributos das aprendizagens para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

A aprendizagem, independente do contexto em que se realiza, pretende-se que seja um processo dinâmico, em constante transformação. Esta dinâmica resulta, em grande parte, dos momentos de reflexão individual e em grupo, em que os diferentes elementos partilham as experiências vivenciadas e os conhecimentos previamente adquiridos, com vista ao desenvolvimento de novas capacidades, no sentido de enriquecer a sua performance em contexto pessoal e laboral. É este exercício constante de observar, analisar, avaliar e de planificar as diferentes situações vivenciadas ao longo da vida profissional e académica que consciencializa os indivíduos do impacto que as suas ações têm nos outros e vice-versa (Abreu, 2007).

Ainda nesta linha de pensamento, o modelo de Dreyfus, desenvolvido por Benner, aplicado à prática de enfermagem, encara o desenvolvimento de competências fruto da experiência profissional\académica, assim como considera que o conhecimento prático é adquirido com a vivência de situações reais e posteriormente com a reflexão da mesma. Este olhar reflexivo fortalece e sustenta a nossa prática de cuidados ao longo das diferentes áreas do saber da profissão de enfermagem (Benner, 2005).

Esta prática constitui-se “como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos saberes e das suas práticas” (Santos e Fernandes, 2004, p.59).

Desta forma, tendo por base a informação mencionada no parágrafo anterior e com o objetivo de desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados na prevenção de lesões não intencionais na pessoa idosa, propus-me identificar as intervenções preventivas de lesões não intencionais e, em particular, as preventivas de lesões por queimaduras. Para concretizar este objetivo pareceu-me pertinente analisar as condições de habitabilidade e os

comportamentos de segurança, bem como os conhecimentos sobre prevenção de queimaduras, na população idosa.

De forma a atingir o objetivo referido no parágrafo anterior planeei 5 semanas de observação, na área de abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Seixal, que decorreu de 23/09/2019 a 25/10/2019. A escolha da UCC do Seixal prendeu-se com facto de tem uma equipa de enfermeiros com uma ação muito próxima à população da área de abrangência, assim como visitas diárias, horário alargado e práticas holísticas e inovadoras.

Com vista a estruturar e delinear uma linha de pensamento clara e concisa, decidi que a melhor forma seria elaborar dois Jornais de Aprendizagem (JA). De acordo com Santos e Fernandes (2004) a prática reflexiva é “um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos saberes e das suas práticas”(p.59).

O Ciclo Reflexivo de Gibbs caracteriza-se por ser um ciclo reflexivo, dividido em seis etapas que nos fazem questionar as ações que realizamos e nos permite descrever, avaliar, analisar e planear a ação/intervenção para futuras situações (Gibbs, 2013/1988). Esta estrutura permitiu-me organizar as informações vivenciadas em contexto clínico e refletir sobre a prática de enfermagem, assim como identificar, com sucesso, intervenções preventivas de lesões não intencionais, em particular, lesões por queimaduras. Em termos de apresentação, no JA1 optei por uma estrutura mais “rígida”, ao passo que no JA 2 optei por uma estrutura mais “fluida”.

Após esta breve introdução, farei uma caracterização da UCC do Seixal, campo de estágio e posteriormente apresentarei dois Jornais de aprendizagem onde irei refletir e analisar uma situação que vivenciei ao longo do estágio e uma segunda reflexão sobre o propósito do meu estágio, relacionado com a prevenção de queimaduras. Por último, farei uma conclusão onde analisarei a globalidade da minha prestação.

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO SEIXAL

No âmbito da reforma dos Cuidados de Saúde Primários, o DL nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, criou os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e estabeleceu o seu Regulamento de Organização e Funcionamento a Unidade de Cuidados da Comunidade. Os ACES são “serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais de um ou mais centros de saúde e cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários aos cidadãos de determinada área geográfica” (Decreto-Lei nº28/2008).

A Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC) é uma dessas unidades cuja atividade desenvolve-se com autonomia organizada e técnica em intercooperação com as demais unidades funcionais. O Despacho nº 10143/2009 de 16 de Abril, aprova o Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. De acordo com o Despacho referido compete às UCC “prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, actuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.” (Despacho nº 10143/2009, p.15438).

A UCC do Seixal teve início de atividade em 18/10/2010 após um processo de avaliação externa de auditoria efetuada pela Equipa Regional de Acompanhamento do Centro, em 6/10/2010. A missão da UCC do Seixal é a obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados prestados pelos colaboradores da UCC do Seixal. São valores essenciais da equipa que compõe esta UCC, o respeito pela individualidade do utente e a promoção da sua autonomia, tendo por base: excelência, flexibilidade, profissionalismo, eficiência, inovação, equidade, cortesia e disponibilidade (ARS, 2011).

O concelho do Seixal, abrange uma área de 95,50 km², integra 4 freguesias, com um total de 158269 habitantes segundo os censos 2011. É um dos oito concelhos maior densidade populacional de Portugal.

Para atingir os objetivos e missão da UCC estão em curso vários programas, sendo eles:

- Intervenção comunitária com recurso a unidade móvel
- Núcleo de apoio a crianças e jovens em risco
- Equipa de intervenção precoce do Seixal
- Cuidados continuados integrados e cuidados paliativos
- Programa nacional de saúde escolar
- Rede social
- Formar para cuidar
- Construir saúde
- Preparação para a parentalidade (ACES, 2011).

A oferta assistencial da UCC é realizada de acordo com a programação das atividades a desenvolver, no período das 8 às 20h; após as 19h e aos Sábados, domingos e feriados é de acordo com as necessidades identificadas. Os horários são ajustados, em conformidade com a programação prévia das atividades.

A equipa divide-se em 2 sub-grupos, que se complementam, articulam e inter-substituem-se entre si: a Equipa de Intervenção Comunitária (EIC) atua fundamentalmente ao nível das famílias e grupos vulneráveis e de risco na comunidade. A Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) presta cuidados domiciliários a utentes dependentes, de acordo com os critérios de inclusão previamente definidos, promovendo a articulação/acompanhamento e formação das respetivas famílias e cuidadores formais e informais. A metodologia de trabalho é a de Responsável, ou seja, cada elemento (ou elementos) é responsável por uma determinada área geográfica, assegurando o trabalho no terreno, assim como a articulação com os parceiros comunitários e unidades funcionais do ACES. Os projetos específicos são assegurados de acordo com a qualificação dos profissionais para o efeito. Ao nível da ECCI aplica-se a mesma metodologia, com a definição do Enfermeiro Gestor de Caso (ACES, 2018).

A ECCI é do âmbito Concelhio sendo os cuidados assegurados de segunda a sexta no período das 8-20h e aos sábados, domingos e feriados no período das 8-15h e programados de acordo com as necessidades identificadas (ACES, 2018).

Existem 6 associações de reformados e idosos que intervêm nas 4 freguesias, ao nível do apoio domiciliário.

A UCC participa num projeto da Câmara Municipal do Seixal, promovido pela CRIAR-T, que é a Linha 65. Este projeto foi criado em 2010, fruto de uma candidatura apresentada por esta Associação aos Projetos Criativos, desenvolvidos pela CMS. A CRIAR-T Associação de Solidariedade é uma Instituição Particular de Solidariedade

Social criada em 1996 e que tem como objetivos responder com qualidade e rigor no apoio à infância e juventude, à população adulta, à família e comunidade e noutros projetos e atividades que visem o objeto social da Associação (conforme site oficial) . Após um período de inatividade, foi reativado em 2015 e caracteriza-se por ser uma linha de apoio a pessoas idosas e/ou em situações de dependência ou de isolamento, para sinalização e denúncia de maus tratos, situações de violência doméstica e outras situações de risco. É um projeto de parceria constituído pela CRIAR-T, a Câmara Municipal do Seixal, a Segurança Social, a JF de Amora, JF de Corroios, JF de Fernão Ferro, União de Freguesias do Seixal, Arrentela e Aldeia de Paio Pires, o Agrupamento dos Centros de Saúde de Almada e Seixal/UCC do Seixal e Divisão Policial do Seixal. O Ministério Público constitui-se como a entidade colaboradora neste projeto. A UCC do Seixal, no âmbito deste projeto, faz visitas domiciliárias, quinzenalmente, com o intuito de vigilância de saúde e, se necessário, referência ao centro de saúde ou hospital.

A filosofia de trabalho dos enfermeiros que exercem na UCC do Seixal tem por base uma abordagem holística que considera os aspetos físicos, emocionais e sociais, o passado e o futuro de cada indivíduo/família e as realidades do contexto da comunidade da sua área de intervenção, atuando ao longo do ciclo de vida aos três níveis de prevenção (manutenção e proteção da saúde e prevenção da doença), a secundária (rastreamento, deteção e tratamento precoce), terciária (tratamento e reabilitação).

São valores essenciais da equipa que compõe esta UCC, o respeito pela individualidade do utente e a promoção da sua autonomia, tendo por base: excelência, flexibilidade, profissionalismo, eficiência, inovação, equidade, cortesia e disponibilidade (ARS, 2011).

JORNAL DE APRENDIZAGEM 1 – “Vidas Impostas”

Foram diversas as histórias de vida conheci e refleti ao longo do estágio. No entanto, a situação que selecionei para redigir este trabalho académico prende-se nos diversos aspetos sociais, culturais e económicos que a envolvem, assim como a realidade que esta família vivencia, bem como, os papéis familiares que os diferentes elementos desempenham e na forma como se articulam. Os projetos de vida e a perspetiva de vida dos familiares também são um ponto fulcral digno de análise e reflexão.

De forma a preservar a integridade física, psicológica e social, bem como a privacidade de dados, serão usados nomes fictícios para mencionar os diferentes utentes envolvidos neste jornal de aprendizagem.

Etapa 1 - Descrição

O olhar reflexivo do primeiro jornal de aprendizagem recai, então, sobre uma família, composta pela mãe (Sr^a Elvira, 84 anos), 3 filhos e uma neta. Trata-se de uma família em que o pedido de apoio pela ECCI foi feito para uma filha, Sr^a Ana, de 53 anos e para Sr^a Elvira, a cuidadora de Ana e pessoa significativa. A Ana já era acompanhada pela equipa da ECCI há alguns anos, mas o pedido recente foi dirigido para a Elvira.

A Sr^a Elvira é viúva e tem 3 filhos. O processo de viuvez não foi estudado por resistência da mesma quando abordado o tema.

Ana foi diagnosticada com tumor cerebral aos 18 anos. Ao longo destes anos foi submetida a diversas cirurgias, teve períodos longos e flutuantes de alterações do estado de consciência e total dependência de terceiros. Apesar de um período longo em que esteve consciente, comunicava verbalmente e deslocava-se com apoio de andarilho, nos últimos 9 anos, encontra-se acamada, num estado comatoso, sem dirigir o olhar, sem outro tipo aparente de comunicação e perceção do mundo que a rodeava.

Elvira, mãe da Ana, foi diagnosticada com adenocarcinoma do pulmão, no presente ano. Recusou tratamento, *“pois isso implicaria retirar-me capacidade para cuidar da minha filha”*, verbalizou Elvira, quando questionada acerca do assunto. Elvira abdicou da sua vida pessoal e dos seus projetos de vida para cuidar da Ana, (sic). *“Passou a ser a minha razão de viver”*, refere Elvira durante uma das visitas de enfermagem.

Quando se entrava na casa desta família, era perceptível a dinâmica e o ambiente familiar.

O filho mais novo, na faixa dos 40 anos, mora em casa, juntamente com ela e Ana, mas está ausente grande parte do dia. Demonstrava incompreensão pelo estado clínico da irmã, pelo sofrimento da mãe e verbalizava comentários menos adequados e com agressividade verbal dirigida a quem tentava explicar que a ação da equipa da ECCI não era tratar, não era melhorar, era apenas proporcionar conforto a ambas, *“era permitir não ter dores, era aliviar o peso de cuidadora que recai sobre a Elvira”*, verbalizou diversas vezes a enfermeira, numa das visitas domiciliárias, numa tentativa de sensibilizar o filho.

Existia ainda uma outra irmã mais velha, Paula, que era quem tomava algumas decisões, que a Elvira, pela sua idade, pelo seu cansaço, não era capaz de tomar. Não falava com o irmão, sendo esta comunicação feita através da neta, filha de Paula.

O que foi pretendido com esta visita foi oferecer o serviço de cuidados paliativos, que a família já tinha aceitado. A Elvira só aceitava o internamento da Ana numa unidade de paliativos se pudesse ir com ela. Sempre que era necessário a Ana ficar internada, optavam por hospitais privados para a Elvira poder estar 24 horas com a filha, a cuidar dela e a oferecer suporte psicológico. Só nesta semana (primeira semana de Outubro) é que Elvira aceitou o apoio domiciliário para ajudar nos cuidados de higiene da Ana e foi porque já se sentia de tal modo debilitada e exausta que não o conseguia fazer sozinha, verbalizou. Elvira apresentava um fâcies sugestivo de cansaço, diminuição da força muscular e quando questionada, respondeu que não dormia *“como deve de ser”* há muito tempo.

Quando visitei o quarto de Ana, apercebi-me que é o mesmo que o da Elvira. E não era um quarto: era uma sala que havia sido adaptada para caberem duas camas. A cama de Elvira estava encostada à cama articulada da Ana. Quando questionada sobre o porquê de assim o ser, Elvira respondeu que era para a filha perceber a presença da mãe perto. Nos períodos de vida da Ana em que esta não precisou de cama articulada, dormiam ambas na mesma cama.

Etapa 2 - Descrição de Sentimentos

Eu não consigo descrever exatamente o que senti perante esta situação. Por um lado, temos uma mãe, uma cuidadora, com evidentes traços de tristeza, solidão e sofrimento. Uma vida inteira dedicada a uma filha, descurando da sua própria saúde,

das suas funções de mãe para com os outros filhos, na lida da casa e até mesmo enquanto mulher.

Sobre ela caía ainda o peso enorme, a meu ver provocado de forma inocente e inconsciente, pela filha doente, que enquanto mais saudável, escreveu recados à mãe a pedir-lhe que nunca a abandonasse, que nunca deixasse de cuidar dela. A Elvira guardava todos estes pedidos religiosamente. O medo da Ana transformou-se no peso da Elvira.

Aquele filho, numa primeira impressão, a frio, pareceu-me que era alguém agressivo, rude, alheio da realidade, rebelde, desconectado de sentimentos. Se quisermos aprofundar as causas deste comportamento, vemos alguém em grande sofrimento, sofrimento este que começou quando a irmã tinha 18 anos e ele provavelmente era um adolescente e se viu privado da sua mãe e com medo pela irmã. E esta situação perpetuou-se uma vida inteira. Provavelmente sem nenhum acompanhamento que o ajudasse a lidar com esta situação.

A filha mais velha dava a entender que carregava o peso da responsabilidade de tomar as decisões que a mãe não conseguia/sabia, sem falar com o irmão que, em última instância era quem morava com a mãe e irmã mas que não era um verdadeiro apoio nem poderia ser considerado cuidador.

A pessoa que me pareceu mais lúcida, ainda com capacidade de lidar com esta situação de forma equilibrada, era a neta que também se via assoberbada porque também trabalhava e tinha 2 filhos menores.

Há uns anos, numa situação pessoal, eu deparei-me com esta realidade, que agora observei com outra dimensão: um dos meus afilhados tem paralisia cerebral. No decorrer do meu exercício profissional, fui-me cruzando com mães de crianças/adolescente/adultos, com paralisia cerebral e em todas vi uma semelhança: a recusa em reconhecer, em usar, os dispositivos/aparelhos de ajuda para levantar, posicionar os filhos, de forma a poupá-las ao esforço, a diminuir as dores de costas. Quando questioneei a mãe do afilhado sobre isto ela respondeu-me: é a dificuldade em aceitar que já não somos capazes de tomar conta dos nossos meninos sozinhas.

Como mãe percebo, como enfermeira respeito, como mulher acho que é anularmo-nos perante outra pessoa. Se não estivermos bem não conseguimos cuidar de ninguém: nem de nós, nem dos outros e a nossa alma fica visível na nossa expressão. E os outros vêem isso. Os outros sentem isso. E isso pode magoá-los, pode agredi-los. Sentir que há uma irmã que é responsável por aquele sentimento, e

que a minha tristeza não provoca alterações na expressão da mãe porque ela só tem vida para viver o sofrimento da outra irmã.

Vidas complicadas, vidas complexas, em cujas casas nós entramos, com pouco para oferecer, com um sentimento de impotência muito grande.

Etapa 3 - Avaliação

Eu considero que a abordagem que foi feita pela equipa não foi aquela que seria a considerada desejável por todos, em termos do que se preconiza, mas foi a possível, foi aquela que respeitou aquela mãe, e aquela filha. Não menosprezando o papel dos restantes elementos da família, mas numa situação paliativa, o que se pretendeu fazer foi minimizar o sofrimento daquela mãe. Não a questionar sobre a sua decisão de não se tratar – seria uma agressão. Apenas garantir que tomava a medicação corretamente, que sabia usar os inaladores corretamente para corrigir as situações de dispneia, garantir que sabia tomar a medicação para as dores.

Estabelecer o contacto com a equipa médica de paliativos para otimizar a terapêutica e compreensão da família sobre o que se pretendia com a intervenção.

Num mundo ideal, toda a família deveria ser alvo de intervenção psicológica, pois também eles sofriam. Mas a nossa resposta na comunidade não consegue abranger esta realidade tão vasta e complexa.

A intervenção da equipa planeada para aquela a Ana e Elvira pareceu-me ser a adequada. Há já alguns anos que era conhecida a realidade da Ana e a família estava a ser acompanhada no sentido de compreenderem a real situação clínica. Não se tratava aqui de forçar a Elvira a aceitar os cuidados de terceiros, mas sim de permitir-lhe verbalizar o que a deixava tranquila face aos cuidados que ela considerava serem os melhores para a filha. E também, ajudar a família a compreenderem a sua posição. Numa das visitas que efetuei, apercebi-me da animosidade do filho para com a enfermeira que acompanhei. Mais tarde, ela explicou-se que foi derivado de uma conversa que aconteceu anteriormente em que a enfermeira terá sido mais assertiva face à situação da Ana e o irmão não gostou. Não presenciei essa situação mas questiono se poderia ter sido conduzida de outra forma, dada a distância que entretanto se criou entre o filho e a equipa. Em visitas posteriores, com outra enfermeira, o filho mantinha essa postura, dirigida a toda a equipa. Mais uma vez, parecem-me insuficientes os meios disponíveis para apoiar os restantes elementos da família.

Etapa 4 - Análise

Tornou-se para mim evidente uma realidade que eu já sabia que acontecia mas a qual não tinha vivenciado desta forma (nas visitas domiciliárias que efetuei no curso base de enfermagem, observei muitas coisas, mas a idade e ausência de experiência profissional não me permitiram um outro olhar): a impotência de não ter respostas, a incapacidade de não ter como acabar com o sofrimento do meu alvo de cuidados.

Num meio hospitalar, os recursos são diferentes e permite-nos ter um sentimento que “fiz tudo o que podia e tinha ao meu dispor” para minguar o sofrimento do doente. Na comunidade, trata-se de avaliar a situação do utente, perceber as suas necessidades e perceber as capacidades da família, do cuidador para suprir essas mesmas necessidades. Não é tanto o que eu, enfermeira, posso fazer, mas o que aquele cuidador pode fazer e o que eu posso fazer para os capacitar para permanecerem no domicílio, confortáveis, com sintomas controlados, sem cair em exaustão.

Ao longo deste estágio pude constatar aquilo que falamos e lemos: a exaustão do cuidador é uma realidade muito violenta. São anos e anos de casais, famílias, a conviverem, com relações mais ou menos conflituosas, e que perante a doença desequilibram-se ainda mais.

Gonçalves et al (2019) num estudo que fizeram sobre necessidades não cobertas em díades de pessoas com demência/cuidador informal, identificaram que as necessidades não cobertas mais comuns eram, para a amostra seleccionada, a companhia, o sofrimento psicológico (quase ½ dos familiares) e atividades diárias. Referiram ainda que os cuidadores informais apresentam uma grande sobrecarga, objetiva e subjetiva.

No caso que descrevi, toda esta situação era ainda agravada pelo facto de termos uma cuidadora que ao longo da sua vida sempre recusou qualquer tipo de ajuda para cuidar da filha. Poderíamos propor uma série de ajudas, para a higiene, para a alimentação, para pernoitar, que esta mãe recusaria sempre. Só aceitou, recentemente, a ajuda para o banho porque fisicamente já não conseguia mas o sentimento de culpa consumia-a. Os autores supra mencionados afirmam que “quando os cuidados informais deixam de ser suficientes (...) os cuidados formais podem cobrir necessidades decorrentes da evolução clínica com melhoria da qualidade de vida de doentes e familiares e dos custos associados ou adiando institucionalizações” (Gonçalves et al, 2019, p. 356). Identificaram, ainda, algumas causas para a relutância no uso dos serviços formais de cuidados e que foram

manifestados pelos participantes no estudo: associavam-nos a dependência ou declínio do estado geral. Desconhecimento da existência dos mesmos foi também apontado. Apontaram ainda tempo de espera, inexistência, distância e inacessibilidade financeira.

É uma realidade dura, mas ao mesmo tempo há uma proximidade enorme entre as famílias e a equipa. Há confiança, há respeito.

Etapa 5 – Conclusão

Esta família sobre a qual apoiei esta minha reflexão sofreu mais uma crise: a Ana faleceu. Agora, as visitas são feitas com o intuito de conforto daquela mãe, que perdeu a razão de viver, que imagina a filha num buraco escuro, sozinha, e para junto de quem ela quer ir. Sente-se sem forças para ir ao cemitério, ou até, a ideia de ver a filha naquele buraco, a impede de ir. Inclusivamente, fez o comentário de a religião a impedir de cometer um ato auto-infligido que a levasse para junto da filha. Não há nada, nada que se possa dizer a uma mãe que perde um filho que mitigue o seu sofrimento. É assoberbante este sentimento de impotência: é uma aprendizagem que temos de fazer ao longo da vida que é aceitar que há coisas que não podemos mudar, sobre as quais não temos como atuar. E o sofrimento desta mãe é um destes casos.

Esta foi uma experiência muito enriquecedora porque houve sempre espaço para eu questionar, refletir com os elementos da equipa, questionando procedimentos, indagando se poderíamos fazer de outra forma, aludindo conceitos teóricos, experiências minhas. E é esta partilha que torna cada campo de estágio um sem fim de momentos de aprendizagem. O método reflexivo que me socorri para conduzir esta reflexão permitiu-me sistematizar e ordenar as minhas ideias, bem como mobilizar o que a literatura nos esclarece sobre os fenómenos que experienciei.

Etapa 6 - Planeamento para situações futuras

De que forma é que podemos preparar-nos para esta realidade? Temos de reconhecer que este problema existe, que esta é uma realidade. Temos de aprender, de ler, de falar com quem lida com estas situações há mais tempo, temos de nos formar para sabermos reconhecer os sinais, propor intervenções, aceitar a recusa do outro dos nossos cuidados, não ver a recusa como algo pessoal, mas como uma resposta a uma dor imensa.

Vidas complexas, vidas difíceis, desafios para a Enfermagem.

JORNAL DE APRENDIZAGEM 2 – “Vidas seguras”

No decorrer da revisão literária que fiz para justificar a inquietação que a queimadura no idoso que provocou, pareceu-me pertinente observar in loco os locais onde, de acordo com a literatura, mais ocorrem este tipo de acidentes não intencionais que são as queimaduras.

O envelhecimento populacional, que se pretende saudável e ativo, acaba por predispor esta faixa populacional mais exposta ao risco de acidentes. Qualquer tipo de trauma, num idoso, requer internamento hospitalar com maior frequência, com maior consumo de recursos, comparativamente a outros grupos etários. Uma queimadura num idoso que atinja mais do que 10% da superfície corporal total (SCT) é considerada grave. Não obstante estes dados, os traumas nos idosos exercem efeitos adversos também na sobrevivência a 3 e 5 anos após o trauma, quando comparada a idosos que não foram vítimas de trauma (Souza e Iglesias, 2002). A prevenção é, assim, a melhor defesa para a população idosa, em particular.

A ocorrência de queimaduras nos idosos é atribuída a diminuição da força muscular, mecanismo de proteção prejudicado, múltiplas comorbilidades e diminuição do tempo de reação. Ressalvam ainda, como causa, as relacionadas com abuso e negligência (Bayuo, 2017). Rani M., Schwacha, M. (2011) apontam ainda ao colapso como causa para as queimaduras no idoso.

O que sabemos é que elas ocorrem primordialmente, no caso dos idosos, no domicílio, na cozinha e casa de banho e sala de estar.

Realizei as visitas domiciliárias integrada na equipa da ECCI da UCC do Seixal atua numa área geográfica muito grande, respondendo a uma variedade muito grande de patologias, com objetivos de cuidados muito distintos que podem ir do tratamento de uma ferida, à toma observada direta de terapêutica (TOD), promoção da adesão terapêutica, passando por reabilitação (física, vesical) e incluindo, o proporcionar um morte confortável, sem dor, em casa. São ainda o elo de ligação com outros elementos da equipa multidisciplinar e são elementos facilitadores na articulação com outras instituições de apoio.

Acompanhei a equipa nas várias saídas, acompanhando vários elementos. A maior dificuldade que senti foi efetivamente a de logística: os carros/motorista são pouco para as solicitações que são feitas à equipa, ocasionando tempos de espera

elevados do transporte que, de outra forma, seriam tempos dispendidos junto dos utentes.

Houve sempre muita recetividade, por parte dos utentes e famílias à minha presença e às questões que colocava. Havia uma perceção geral de comportamentos de risco. O que senti também foi que havia também já um cansaço muito grande que os impediam de mudar comportamentos. As sugestões são sentidas como um mais um peso e tem de haver a sensibilidade para não “atestar” incompetência. Esse respeito tem de existir.

Nota-se, igualmente, uma grande vontade em falar com alguém, longe do cônjuge, ocupado com a outra enfermeira que eu acompanhei. Fui, muitas vezes, ouvinte de cuidadores exaustos, que não podem ou não conseguem sair de casa, seja pelas próprias dificuldades na marcha, seja porque não podem deixar os familiares sozinhos e não têm ajudas, seja por não os conseguem deixar com ninguém.

Para melhor sistematização da minha observação elaborei uma tabela de observação (Anexo 1) e tentei, aquando de cada entrada na casa dos utentes, proceder a essa observação. Sempre que possível, falava com o utente e/ou cuidador a fim de melhor compreender a sua realidade, em termos de comportamentos seguros, de hábitos de aquecimento no Inverno.

O que constatei é que esta população, ou pelo menos as famílias que visitei, não faziam parte da estatística que referi anteriormente relativamente aos locais de ocorrência e causas das queimaduras no idoso.

A higiene é um dos momentos em que está descrito que podem ocorrer acidentes que originam queimaduras por água quente. As alterações da sensibilidade, a diminuição do tempo de reação para fuga, a diminuição da força muscular, leva a que tenham dificuldade em detetar a real temperatura da água ou a fugir da fonte de calor (Bayuo, 2017). A grande maioria dos utentes que visitei já eram alvo de cuidados externos, por cuidadores formais, providenciados por associações de reformados da comunidade. Os restantes, ora eram ajudados pelo familiar, ou ainda aguardavam por esse apoio e, neste espaço de tempo, usavam toalhetes/toalhas, em que não havendo risco de queimadura, o que se verificava eram cuidados de higiene insuficientes (constituindo aqui outro problema). Outros havia que ainda conseguiam ser independentes na higiene e este problema ainda não era real. Todos possuíam formas de aquecimento de água seguras (esquentadores, acumuladores).

Não detetei situações de risco provocadas por instalações elétricas inadequadas (fios descarnados, sobrecarga de tomadas, p.e.).

Não sendo ainda uma época fria em que eu pudesse observar a existência de meios de aquecimento externos, questionei os utentes e famílias, como faziam no inverno. A maioria socorria-se de roupas, mantas e aquecedores (termoacumuladores, aquecedores a óleo), por não terem meios para outros meios de aquecimento. Alguns tinham lareiras, mas todas com uso de proteção/recuperadores de calor. Um dos idosos dispunha de ar condicionado. Todos negaram o uso de botijas de água quente, parecendo estar conscientes do risco que esse comportamento representa.

A confeção das refeições é outro momento de risco de ocorrência de queimaduras no idoso. Também pela diminuição da força muscular, da diminuição dos reflexos, comorbilidades associadas que possam alterar o equilíbrio ocorrem por vezes acidentes com líquidos ferventes (Bayuo, 2017).

Alguns destes doentes têm igualmente acordo com as associações de reformados que lhes fornecem as alimentações. Outros casos, são os cônjuges que as confeccionam. Quando questionadas sobre se têm dificuldade em pegar nas panelas ou tremores, referem que não e que utilizam panelas pequenas, porque reconhecem já não serem capazes de pegar em panelas grandes. Algumas recusam a hipótese de fornecimento externo de comida alegando que os maridos “são muito esquisitos” com a comida ou não gostam de qualquer coisa.

Há sempre presente uma ambiguidade, uma ambivalência de sentimentos nestes cuidados: se por um lado aproveitam a presença dos enfermeiros para desabafarem, relatarem o seu cansaço de cuidar do marido, de serem alvo dos seus maus humores, por outro, quando se lhes propõe procurarem ajuda, ainda que por períodos de tempo limitado, recusam, alegando ser sua função, alegando “parecer mal”, com receio de críticas e julgamentos por pessoas externa. O que me pareceu também muito evidente é que, seja por personalidade, seja por falta de alternativa, há é uma grande resistência a pedir ou a aceitar ajuda, isto é, uma grande resistência a aceitar a própria incapacidade ou dificuldade em “já não conseguir” fazer as coisas como antigamente.

São casas com muita mobília, muitas bugigangas que foram coletando ao longo da vida. Podemos alertar para a necessidade de simplificar a manutenção da casa e a quantidade de objetos mas deve ser feito com algum cuidado e sensibilidade pois trata-se de memórias. Por outro lado, os móveis podem adquirir a dupla função de servir de apoio quando deambula e quando os utentes, recusando a necessidade de

uso de auxiliares de marcha, por não reconhecerem a incapacidade, os usam para se apoiarem.

Na sua maioria, nas casas já não se observava a presença de tapetes: pareceu-me já haver uma consciência ou uma aprendizagem sobre o risco da existência dos tapetes, não só nos locais de passagem da pessoa idosa doente, como também na cozinha e casa de banho.

Há recusas de apoios pelos custos, seja porque consideram que não conseguem fazer face a essa despesa, seja porque não querem mais esse encargo não se consciencializando do fardo e peso que representam para o cônjuge. A isto, somam-se 40 e 50 anos de convivência, desconhecidos para nós equipa de saúde, com 2 versões diferentes para uma mesma vida. Como saber quem tem razão? Penso não dever ser essa a nossa preocupação. Temos de olhar para o que aquela família necessita e providenciar ou dar a conhecer os apoios que existem e esperar que façam a melhor escolha. Tenta-se, sempre que possível, envolver outros familiares que ajudem a fazer estas escolhas, que queiram dar essa ajuda e que sejam aceites.

É uma verdade que este campo de estágio não me permitiu observar diretamente aquela realidade que a literatura refere, mas deu-me uma outra visão: deu-me a visão de uma população que está consciente da realidade em termos de comportamentos de risco, seja porque adquiriu essa consciência por meios próprios, seja porque foi alvo de intervenção anterior pelas equipas de saúde e das próprias associações que as visitam e que estão formadas para fazer esse ensino. Deu-me a visão de uma população que cuida dos seus, com muita dificuldade, com muita resiliência e abnegação e, tantas vezes, sem outra hipótese. Deu-me a visão de uma população que cuida de quem cuida deles: recebem sempre bem as equipas, sentem que as equipas representam a alternativa que dispõem para um sistema que não é célere como desejariam.

CONCLUSÃO

Quem como eu trabalhou primordialmente em meio hospitalar, vê esta experiência na comunidade como um banho de realidade.

As paredes hospitalares são uma proteção face a esta realidade. Corremos o risco de nos isolarmos e não vermos as reais condições de vida da nossa população.

Considero que esta experiência foi muito enriquecedora.

Tinha planejados algumas atividades para atingir o objetivo que tracei e penso ter conseguido.

- Observar a realidade dos idosos no domicílio – em cada visita domiciliária
- Observar a existência de fatores de risco para a ocorrência de lesões não intencionais no domicílio – em cada visita
- Prestar cuidados ao idoso na comunidade - Colaborei na realização de tratamento de feridas, na promoção da adesão terapêutica, no ensino sobre dieta adequada, na TOD.
- Fazer ensinamentos ao idoso e família sobre prevenção de lesões não intencionais – em cada visita domiciliária.
- Fazer ensinamentos ao idoso e família sobre prevenção de queimaduras no domicílio – em cada visita domiciliária.

Não me foi possível fazer a avaliação dos ensinamentos efetuados, na medida em que na maioria das vezes eu só fazia uma visita domiciliária e, quando fazia mais do que uma à mesma família, o tempo que mediava ambas era pouco para haver mudança de comportamentos.

Fiquei muito entusiasmada com o Projeto Linha 65 e com a possibilidade de integrar a equipa, contudo, por constrangimentos de ordem logística alheios à própria UCC e relacionados com os parceiros envolvidos no projeto, as visitas que estavam planejadas acontecer no tempo de estágio não foram efetuadas. Parece-me um projeto com grande pertinência e que permite monitorizar os idosos vulneráveis e frágeis.

Não me era desconhecida esta realidade, eu sabia que era assim, mas vê-lo em primeira mão tem outro impacto. Foram várias, foram muitas, as situações de evidente exaustão do cuidador que observei. Algumas ligeiramente mitigadas, porque entretanto foi conseguido 1 mês de descanso do cuidador, outras disfarçadas por personalidades fortes com otimismo face ao futuro, outras não ainda de exaustão mas de medo aterrador por não saber o que fazer, mostrar vontade em cuidar, mas não

saber como fazer, mas de facto, esta situação da Ana e da Elvira foi avassaladora em todos os sentidos. Foi uma vaga de realidade muito impactante, sobre o que é sofrer uma vida inteira, sobre o que é abdicar da saúde própria, sobre o que é uma família inteira desfeita pela doença de um dos elementos, sobre o que a falta de apoio emocional pode provocar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, Wilson Correia de (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Coimbra: Formasau
- ACES da Península de Setúbal II – Seixal e Sesimbra (2011). *Manual de Articulação da UCC do Seixal*. Unidade de Cuidados na Comunidade. Seixal
- ACES Almada/Seixal (2018). *Regulamento Interno UCC Seixal*. Unidade de Cuidados na Comunidade. Seixal.
- ARS Lisboa e Vale do Tejo (2018). *Relatório de Atividades – Avaliação 2018*. Unidade de Cuidados na Comunidade. Seixal.
- Benner, P. (2005). De iniciado a Perito (2.a ed.). Coimbra: Quarteto.
- Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro (2008). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, I série (Nº 38—22/02/ 2008), 1182-1189. **ELI**:<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>
- Despacho nº 10143/2009 de 16 de Abril (2009). Aprovação do Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade *Diário da República*, Série II (n.º 74/2009 – 16/04/2009), 15438 – 15440. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/2216310>
- Direção Geral da Saúde. (2016). *Manual de Enfermagem Toma de Observação Direta em Doentes com Tuberculose*. Programa Nacional para a Tuberculose. Lisboa: DGS.
- ESEL (2012). *Documento Orientador – Jornal de aprendizagem*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Gibbs (1998). The reflective cycle, in Oxford Brooks University. Reflective writing: about Gibbs reflective cycle.Consultado em 24/10/2019. Disponível em <https://www.brookes.ac.uk/students/upgrade/study-skills/reflective-writing-gibbs/>
- Gonçalves-Pereira et al. (2019). Avaliação inicial da coorte portuguesa no estudo Actifcare. *Acta Med Portuguesa. Revista Científica da Ordem dos Médicos*. 32 (5), 355-367.
- Queiroz, Maria Cristina. s.d. Revisão sintética das dissertações e teses portuguesas sobre educação em Enfermagem. *Pensar Enfermagem. Revista ESEL*. Consultado em 24/10/2019. Disponível em:

http://pensarenfermagem.esel.pt/pe/index.asp?accao=showartigo&id_revistaartigo=612&id_revista=35

Rani, Meenakshi; Schwacha, Martin G. (2011). Aging and the pathogenic response to burn. *Aging and Disease*, vol. 3(2), 171-180. Acedido em 24/10/2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3377829/>

Santos, E.; Fernandes, A.(2004). Prática reflexiva. Guia para a reflexão estruturada. *Revista Referência*. Nº11. P. 59-62.

Schwacha, Meenakshi Rani and Martin G. (2012). Aging and the Pathogenic Response to Burn. *Aging and Disease*. Vol 3 (2), 171-180.

Souza, José Antonio Gomes de (in memorian); Iglesias, Antonio Carlos R.G. (2002). Trauma no idoso. *Rev Assoc Med Bras*. 48(1), 79-86.

<http://www.criar-t.org>

APÊNDICE VII – Estudo de caso



ESTUDO DE CASO

Prestação de cuidados à Pessoa Idosa Queimada

Raquel Gomes
Estudante nº 8912

Lisboa
2020

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	72
1 - ENVELHECIMENTO.....	73
2 - A QUEIMADURA NO IDOSO.....	74
3 - PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	76
3.1. AVALIAÇÃO INICIAL	76
3.2. PLANEAMENTO DE CUIDADOS	83
3.3. MAPA DE CUIDADOS	83
4. DISCUSSÃO	93
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
6. BIBLIOGRAFIA	96
ANEXOS	99
ANEXO 1 – PROCEDIMENTO MULTISECTORIAL	
ANEXO 2 – ESCALA DE BRADEN	
ANEXO 3 – ESCALA DE MORSE.....	
ANEXO 4 – AVALIAÇÃO DE RISCO DE INFEÇÃO	
ANEXO 5 – ESCALA DE BARTHEL	

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Projeto de Estágio surge a realização deste estágio visando a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, vertente da pessoa idosa. Para atingir o objetivo “desenvolver competências de enfermeiro mestre e especialista na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa com queimadura” a que me propus, planeie como uma das atividades a “prestação de cuidados à pessoa idosa queimada, na unidade de queimados”.

A elaboração de um estudo de caso permite a articulação dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo da formação com a revisão de literatura e a prestação efetiva de cuidados, em contexto real, favorecendo a reflexão e o desenvolvimento de competências na área da prestação de cuidados à pessoa idosa queimada. Benner (2011) refere que os Enfermeiros aprendem melhor quando utilizam estudos de caso que põem à prova os conhecimentos e requerem a capacidade de aprender uma situação.

A escolha da utente alvo foi feita em partilha e concordância com o enfermeiro orientador, com vista à consecução dos objetivos propostos para o estágio.

Num primeiro capítulo farei uma contextualização do problema e os objetivos propostos, seguida de um enquadramento teórico sobre a pessoa idosa queimada. Posteriormente caracterizarei a situação da utente alvo, antecedentes pessoais e o planeamento de cuidados de Enfermagem, com identificação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem. No final, farei algumas considerações sobre as principais linhas conclusivas resultantes da realização deste trabalho. Por último, as referências bibliográficas que serviram de suporte teórico a este trabalho.

1 - ENVELHECIMENTO

O envelhecimento da população a que assistimos, atualmente, no mundo, na Europa, no nosso país deve ser encarado, de acordo com o PNPA (2012), como um desafio e uma oportunidade. Tendo o envelhecimento sido um ganho, porque foi fruto dos avanços na medicina e que permitiu acrescentar-se anos à vida, o mesmo, segundo a mesma autora, só deverá ser considerado um problema se não nos prepararmos, devidamente, para esta fase da vida.

De acordo com as projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE), entre 2015 e 2080, Portugal perderá população de 10,3 milhões (em 2015) para 7,5 milhões de pessoas (em 2080), ficando abaixo do limiar dos 10 milhões em 2031.

O número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões; o número de jovens diminuirá de 1,5 para 0,9 milhões. Teremos, assim, uma projeção que aponta para um índice de envelhecimento que passará de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens, em 2080 (INE, 2017).

Os adultos com mais de 65 anos mantém a suas características individuais, únicas que, até então, os singularizaram. Deve, portanto, manter-se o respeito pela diversidade individual, independência, participação, autorealização e dignidade, de cada um dos indivíduos deste grupo etário tão vasto e heterogéneo. Assistimos a uma fatia da população idosa com acesso à informação e que constitui um mercado em ascensão para operadores turísticos, bancos, imobiliárias, etc, mas existe uma outra parcela, mais significativa, de pessoas idosas que estão longe desta realidade, constituindo um grupo bastante vulnerável à pobreza, com incapacidades motoras ou do foro psicológico, abandono e solidão (PNPA, 2012).

Analisar o envelhecimento implica reflexões acerca das mudanças económicas e sociais, necessárias para manter a proteção dos idosos, contemplada na Constituição da República Portuguesa, no artigo 72º, e concretizada em vários projetos que visam a garantia dessa proteção. Implica também reconhecer-se que existe uma débil solidariedade intergeracional e que essa realidade pode atentar esta proteção. É, assim, fundamental que se perspetive, de forma global e integrada, as nossas atividades coletivas de promoção da saúde e da segurança, com e para, os mais velhos (PNPA, 2012).

2 - A QUEIMADURA NO IDOSO

No mundo inteiro, as queimaduras são a 4ª causa mais comum de procura de cuidados médicos, a seguir a acidentes de viação, quedas e violência interpessoal. O tempo de internamento é mais longo e a taxa de mortalidade é mais elevada nos idosos do que nas faixas etárias mais novas (WHO, 2008).

As queimaduras são a principal causa de incapacidade e desfiguramento. Estima-se que queimaduras relacionadas com fogo concorrem para 10 milhões de “disability adjusted life years” (DALYs)⁹ ou “anos de vida ajustados por incapacidade”, perdidos, globalmente, em cada ano. Isto inclui pessoas com contraturas ou outras incapacidades físicas que irão limitar a sua função/funcionalidade e, como tal, limitam a possibilidade de uma vida normal economicamente produtiva. Exclui, contudo, o impacto da desfiguração que, frequentemente, resulta em estigma social e restrições na participação na sociedade e que são mais dificilmente quantificáveis (Mock et al, 2008; Rocha, 2017).

Estes dados dos anos de vida perdidos servem para medir o hiato entre a situação de saúde real e a desejável, para uma população (Lyons, 2017).

O aumento subsequente dos custos em saúde e cuidados, em termos dos serviços sociais, torna imperativo que se desenvolva, avalie e implementem medidas preventivas com o objetivo de assegurar a qualidade de vida dos idosos e reduzir os inaceitáveis números face à mortalidade no idoso, nomeadamente os devidos a acidentes.

De fato, na UE-25, cerca de 100.000 idosos, por cada ano, perdem as suas vidas devido a acidentes intencionais ou não intencionais (CE.RE.PR.I., 2005).

As queimaduras são, habitualmente, lesões na pele mas podem também lesar diretamente os pulmões e via aérea e ocasionalmente afetar músculos, ossos e outros órgãos internos. São lesões causadas por calor, eletricidade, radiação ou substâncias corrosivas (Stavrou, 2013).

⁹ DALY é a medida do impacto da doença, em termos de tempo, e que combina a quantidade de saúde perdida devido à doença (YLD – years lost due to disability) ou devida à morte prematura (YLL – years life lost). Esta métrica é preconizada pela OMS e pelo Banco Mundial (Rocha, 2017)

A gravidade da lesão é usualmente caracterizada pela extensão da pele afetada, local anatômico, profundidade da lesão, idade do paciente e morbilidades coexistentes (Stylianou, Buchan, Dunn 2014).

As queimaduras nos idosos aumentam as incapacidades físicas, reduzem a qualidade de vida, perda de independência porque podem agravar condições de saúde previas, dificultam uma nutrição adequada, impedindo-os de recuperarem o anterior estado de saúde e aumento da mortalidade (Duke et al, 2015).

Continuam a aumentar as probabilidades de alta clínica para um idoso com queimadura, contudo, quando comparado com pessoas mais novas, idosos com queimaduras são ainda mais prováveis de morrer no 1º ano ou nos primeiros 2 anos após alta e, frequentemente, têm de ser admitidos por causa das comorbilidades pré-existent e doenças crônicas (Lundgren et al, 2009).

Não se pode olhar somente para a idade cronológica do idoso para predizer o sucesso ou insucesso dos tratamentos, nos casos de queimaduras. A idade biológica tem de ser tida em conta nesta avaliação, sendo este um consenso na comunidade médica. No relatório de 2010 do National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death, acerca dos cuidados recebidos pelos pacientes idosos submetidos a cirurgia pode ler-se, nas suas recomendações, que as comorbilidades, incapacidades e fragilidades devem ser claramente reconhecidas como fatores independentes de risco para os idosos (NCEPOD, 2010).

3 - PROCESSO DE ENFERMAGEM

As informações sobre a situação da utente alvo deste estudo foram obtidas diretamente com a utente, recorrendo ao processo clínico e recorrendo aos diversos profissionais de saúde envolvidos.

Fiz uso das ferramentas de registo usadas na instituição: o programa de registo SClinic versão 2.4. O planeamento dos cuidados de enfermagem foi igualmente baseado no instrumento usado pelos profissionais da instituição.

3.1. AVALIAÇÃO INICIAL

Dados Gerais

Nome: M. A. T. (nome fictício para preservar o direito à privacidade, confidencialidade de dados e segredo profissional)

Idade: 77 anos

Proveniência: Outro hospital

Motivo de Internamento: vítima de uma lesão não intencional, no domicílio, com água quente, do qual resultou uma queimadura de segundo grau a nível do períneo e região perianal, num total de 5% de SCT.

Nome que prefere ser tratado: M.A.

História da doença atual: Refere que a queimadura foi consequência de ter aberto a torneira da água quente do bidé para realizar higiene perineal: durante a noite teve episódios de urgência urinária, polaquiúria e incontinência de esforço, que não é habitual, sentindo a necessidade de se higienizar antes da chegada da empregada que habitualmente a ajuda no banho. Não verificou a temperatura antes de se sentar no bidé e, como apresenta dificuldade na mobilidade e diminuição do tempo de reação e de resposta, frequente na pessoa idosa e decorrente do envelhecimento, não conseguiu levantar-se em tempo útil, tendo o contacto da pele com a água quente sido excessivo.

Inicialmente recorreu ao hospital da área de residência (cerca de 2h após o acidente) que, pela necessidade de cuidados especializados de

cirurgia plástica e internamento em unidade de queimados, foi transferida para o hospital/unidade onde estagiei. O tempo que mediou o acidente e a chegada ao hospital onde agora está internada foi de 7 horas.

Profissão: Comerciante

Situação laboral: Reformada – mantém supermercado que gere com colaboração de uma funcionária

Vive com: sozinha, com apoio diário de uma empregada que a ajuda no banho diário, na confeção das refeições e na limpeza da casa.

Nome do prestador de cuidados: Filha - Sra. A.R.(*fictício*) de 50 anos

Contacto prestador de cuidados: 94.....

Rede de suporte (social e de saúde): A M.A. refere que as filhas são o seu grande apoio, após o marido ter falecido há cerca de 10 anos. Refere que quando for para casa a empregada e a funcionária do supermercado dar-lhe-ão o apoio necessário.

Recursos familiares: 2 filhas, A.R. (*fictício*) e P.T. (*fictício*), com 50 e 52 anos de idade. 2 netos, 1 de cada filha: neta C. (*fictício*) com 26 anos e neto P. (*fictício*) com 29 anos. O neto, com 29 anos, constitui “*uma fonte de preocupação constante*” (SIC): tem o diagnosticado autismo e sofreu, há cerca de 3 meses um AVC, com sequelas motoras, estando atualmente em processo de reabilitação.

Crença espiritual: católica e refere gostar de algumas linhas orientadoras da Igreja Messiânica Mundial, que conheceu por intermédio da neta C. (*fictício*). A neta identificou-se, de acordo com o procedimento multisectorial “Acesso à assistência espiritual e religiosa” (Anexo 1), vigente na instituição, como representante espiritual da avó.

Atividades de Lazer: passear com a família, ler.

Vai regularmente ao cabeleireiro, onde arranja também as unhas e vigia os pés.

Gosta do contacto com os clientes que tem no supermercado, embora refira que “*a zona é problemática*” (SIC), tendo já sido assaltada por diversas vezes, uma das quais, tendo passado por uma situação de sequestro.

Refere que tem a loja para trespasse, embora refira que “*também não quero ficar enfiada em casa*” (SIC).

Considera que tem “*uma vida confortável*” (SIC), referindo como meios de subsistência a sua reforma, a pensão de sobrevivência do marido e o lucro do supermercado.

Dados de Saúde

Doenças conhecidas:

- Diabetes Mellitus tipo II
- Artrite psoriática (diagnosticada há 22 anos), seguida em consulta de autoimunes , no hospital da área de residência
- Hipotireoidismo, após tireoidectomia total por bócio
- EAP em 2014 e 2015
- Cateterismo cardíaco em 2015, por cansaço fácil e história de EAP
- Anemia crónica ferropénica, seguida em consulta de hematologia, no hospital da área de residência
- Hemorróidas
- Cifose
- Pseudartrose alta do úmero direito (fratura subcapital do úmero em 2010, por queda)

Alergias: nega/desconhece

Cirurgias anteriores:

- PTJ bilateral (2007, 2009)
- Instrumentação lombar L4L5 em 2000, por queda
- Apendicectomia
- Histerectomia total aos 45 anos

Regime medicamentoso:

- Letter 0,05mg – 1 comprimido ao Pequeno-Almoço
- Xlevia (Sitagliptina) 50mg – 1 comprimido ao Pequeno-Almoço
- Inderal (propanolol) 10mg – 1 comprimido ao Pequeno-Almoço

Outros dados relevantes: Refere que nos dois dias prévios ao acidente apresentava queixas de polaquiúria, sensação de peso na bexiga e de esvaziamento incompleto da bexiga, tendo recorrido à farmácia e sido medicada com um medicamento “para fazer durante 7 dias” (SIC). Durante o internamento foi feita urocultura que veio positiva para E.Coli (28/11)

Status Fisiológico

Temperatura Corporal (°C): 36,8

Frequência cardíaca (ppm): 69

Frequência respiratória (cpm): 17

SatO2: 99%

Pressão arterial sistólica (mmHg): 110

Pressão arterial diastólica (mmHg): 74

Dor (localização): região perineal e perianal

Intensidade da dor (nm): 5

Intensidade da dor (qlt): ardor, flutuante, agrava com mobilização

Escala de dor: numérica

Peso (Kg): 80

Altura (cm): 165

Glicemia capilar (mg/dl): 110

IMC (Kg/m2): 29,38

Comunicação

Comunicação: mantida

Audição: mantida

Visão: comprometida. *Dificuldade em ver ao longe* (SIC)

Dispositivo para visão: usa óculos que estão com a própria.

Respiração

Dispneia: ausente

Respiração: mantida

Respiração tipo: Toracoabdominal

Respiração profundidade: amplitude profunda

Tosse: ausente

Circulação

Perfusão dos tecidos: mantida, normotérmica e com coloração rosada, sensibilidade mantida.

Pulso: periférico filiforme, rítmico.

Digestão

Disfagia: não

Apetite: alterado

Paladar: mantido

Nutrição

Nº de refeições dia: 5

Restrições alimentares: Dieta diabética, hipossalina

Prótese dentária: não

Eliminação

Eliminação urinária

Eliminação urinária: urgência urinária

Catéter Urinário

Tipo: Foley

Calibre: 16

Data de inserção: 26/11/2019

Eliminação Intestinal

Frequência/dia: 2/2 dias

Tegumentos

Pele

Pele: hidratada

Úlcera

Risco de úlcera de pressão: Alto

Score (escala de Braden): 11 (Anexo 2)

Ferida

Queimadura local: região perineal e perianal

Queimadura grau: grau 2

Sistema neurológico

Orientação

Orientação: não alterada

Consciência: acordada

Score (escala de Glasgow): 15

Pupilas (características): isocóricas, isorreactivas

Pupilas OD (mm): 4

Pupilas OE (mm): 4

Confusão: ausente

Percepção: mantida

Atividade motora

Mobilidade: comprometida

Dispositivo de mobilização: nega; refere deambular apoiada à mobília/corrimões

Prótese local: joelhos, bilateral

Risco de queda: baixo

Score (escala de Morse): 35 (anexo 3)

História de quedas: nega, nos últimos 6 meses

Hábitos de exercício: nega

Força muscular: diminuída

Rigidez articular local: ombro direito

Autocuidados

Higiene

Autocuidado higiene: dependente

Frequência (x/semana): 6

Horário: manhã

Alimentar-se

Autocuidado alimentar-se: independente

Emoções

Ansiedade: Presente

Medo: presente

Tristeza: presente

Reparação

Sono: sem alterações

Hábitos de sono: refere dormir 5-7 horas/noite

Uso de substâncias

Uso de tabaco: não

Uso de álcool: não

Sexualidade

Vida sexual ativa: não

História de dor

História de dor: não

Medicação prescrita 28/11/2019

Enoxaparina 40mg/ dia/ via SC – 18h

Esomaprozle 40mg/ dia/ via Oral – 7h

Furosemida 20mg/ 2x dia/ via EV – 8h-20h

Glucose 300mg/dl/ 2 ampolas/ via EV - se glicemia capilar <80mg/dl

Insulina Humana 100U.I./ml/ 4U.I./ via SC – se glicemia capilar 180-240mg/dl

Insulina Humana 100U.I./ml/ 6U.I./ via SC – se glicemia capilar 240-300/dl
Insulina Humana 100U.I./ml/ 8U.I./ via SC – se glicemia capilar 300-400mg/dl
Insulina Humana 100U.I./ml/ 10U.I./ via SC – se glicemia capilar >400mg/dl
Levotiroxina sódica 0,025mc/ dia/ via Oral – 7h
Metamizol de magnésio 2000mg/ 1 amp/ via EV – SOS
Multivitaminas+sais minerais/ 1 comp/ dia/ via Oral – 18h
Paracetamol 10mg/ml/ 1000mg/ via EV – SOS
Propanolol 10mg/ 2 comp/ 2x dia/ via Oral – 9h-21h
Ácido Fólico 5mg/ dia/ via Oral – 13h

Medicação prescrita 9/12/2019

Cloreto de sódio 9mg/ml sol inj/ 1000ml/ dia/ via EV – perfusão contínua
Dieta comp. modif. Enr. Proteico/ 200ml/ dia/ via Oral – 10h
Enoxaparina 40mg/ dia/ via SC – 18h
Esomeproxle 40mg/ dia/ via Oral – 7h
Furosemida 20mg/ 2x dia/ via EV – 8h-20h
Glucose 300mg/dl/ 2 ampolas/ via EV - se glicemia capilar <80mg/dl
Hidroxizina 25mg/ dia/ via Oral – 18h
Insulina Humana 100U.I./ml/ 4U.I./ via SC – se glicemia capilar 180-240mg/dl
Insulina Humana 100U.I./ml/ 6U.I./ via SC – se glicemia capilar 240-300/dl
Insulina Humana 100U.I./ml/ 8U.I./ via SC – se glicemia capilar 300-400mg/dl
Insulina Humana 100U.I./ml/ 10U.I./ via SC – se glicemia capilar >400mg/dl
Levotiroxina sódica 0,025mc/ dia/ via Oral – 7h
Loperamida 2mg cáps/ 2mg/ 2x dia/ via Oral – 10h-18h
Metamizol de magnésio 2000mg/ 1 amp/ via EV – SOS
Metoclopramida 10mg/2ml sol inj/ 1 amp/ via EV - SOS
Multivitaminas+sais minerais/ 1 comp/ dia/ via Oral – 18h
Paracetamol 10mg/ml/ 1000mg/ via EV – SOS
Propanolol 10mg/ 2 comp/ 2x dia/ via Oral – 9h-21h
Tramadol 100mg/2ml sol inj/ 1 amp/ via EV – SOS
Cefuroxima 250mg/ comp/ 2x dia/ via Oral – 8h-20h
Ácido Fólico 5mg/ dia/ via Oral – 13h

3.2.PLANEAMENTO DE CUIDADOS

Doente deu entrada no hospital dia 25/11. Por falta de vaga na UQ ficou internada na CPR até haver vaga, que aconteceu dia 27/11.

Como a Sra. M.A. era proveniente de outro hospital já tinha realizado alguns exames complementares de diagnóstico; análises, ECG e RX Tórax.

Na sala de admissão, com um jejum de 6h, foi submetida a balneoterapia sob efeito de sedo-analgesia, com propofol e fentanil.

O banho é dado com água corrente (o chuveiro tem filtro) e betadine espuma. A queimadura é lavada e são desbridados os tecidos considerados inviáveis.

Os pensos foram feitos com gaze gorda e Flaminal Forte®.

Foi estabelecido o plano de realização de pensos de 2/2 dias.

São feitas colheita de exsudados (zaragatoas) da pele queimada e pele sã circundante não queimada, bem como colheita de sangue para serologias, de acordo com o procedimento sectorial vigente sobre “Percurso do doente na Unidade de Queimados”.

8.1 3.3. MAPA DE CUIDADOS

De acordo com SClinic versão 2.4

Data / Hora	Foco de Atenção / Diagnóstico de Enfermagem	Horário	Intervenção de Enfermagem	Avaliação / Resultado de Enfermagem
Início: 27/11/2019 Termo: 11/12/2019	<u>Auto Controlo:</u> <u>Ansiedade</u> / sem auto controlo: ansiedade comprometido	Sem horário	- Encorajada a controlar ansiedade - Assistir na ansiedade	27/11/2019 - 11/12/2019
Início: 27/11/2019 Termo: 9/12/2019	<u>Infeção</u> / Risco de infeção relacionado com queimadura	Sem horário	- Aplicar/manter medidas de proteção - Avaliação de Risco de Infeção (7/7dias, de acordo com procedimento da instituição) (Anexo 4)	- 27/11/2019 – 9/12/2019 - 27/11/2019 - 4/12/2019
Início: 9/12/2019 Termo: 11/12/2019	<u>Infeção</u> / Risco de infeção por ferida cirúrgica (enxerto)	Sem horário (contínuo)	- Aplicar/manter medidas de proteção - Avaliação de Risco de Infeção (7/7dias, de acordo com procedimento da instituição) (Anexo 4)	- 9/12/2019 – 11/12/2019 - 9/12/2019
Início: 27/11/2019 Termo: 30/11/2019	<u>Infeção</u> / Risco de Infeção por cateter venoso periférico (cvp)	Sem horário (contínuo)	- Monitorizar temperatura corporal - Vigiar o penso do cateter venoso periférico - Vigiar sinais inflamatórios do local de inserção do cateter - Otimizar cateter venoso periférico - Trocar cateter venoso periférico (SOS) - Incentivar o uso de medidas de prevenção de contaminação - Ensinar sobre medidas de prevenção de contaminação	27/11/2019 – traz cateter venoso periférico, que está permeável no dorso da mão esquerda 28/11/2019 – puncionado novo acesso venoso periférico por flebite do acesso anterior – fica no antebraço esquerdo, abocath nº18
Início: data de 30/11/2019 Termo: 11/12/2019	<u>Infeção</u> / Risco de infeção por cateter venoso central (CVC)	Sem horário (contínuo)	- Monitorizar temperatura corporal - Vigiar o penso do cateter venoso central - Vigiar sinais inflamatórios do local de inserção do cateter venoso central - Otimizar cateter venoso central	CVC duplo lumen colocado na veia subclávia esquerda

Data / Hora	Foco de Atenção / Diagnóstico de Enfermagem	Horário	Intervenção de Enfermagem	Avaliação / Resultado de Enfermagem
			<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar o uso de medidas de prevenção de contaminação - Ensinar sobre medidas de prevenção de contaminação 	
Início: 27/11/2019 Termo: 11/12/2019	Infeção / Risco de infecção cateter urinário	Sem horário (contínuo)	<ul style="list-style-type: none"> - Inserir cateter urinário - Aplicar / manter medidas de prevenção de contaminação - Otimizar cateter urinário - Trocar cateter urinário (7/7 dias) 	27/11/2019 – traz algália Foley 16, colocada no hospital de origem 28/11/2019 – torcada algália e efetuada urocultura 4/12/2019 – trocada algália – foley nº 16
Início: 27/11/2019 Termo: 11/12/2019	Consciência / Vigilância do estado de consciência	Sem horário (contínuo)	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar comportamento - Vigiar orientação 	<ul style="list-style-type: none"> - Doente orientada no tempo/espaço/pessoa - Discurso verbal adequado - Calma
Início: 27/11/2019 Termo: 11/12/2019	Parâmetros vitais	1/1h	- Monitorização da tensão arterial (mmHH) (considerou-se a avaliação das 8h)	TAS 130-110mmHg TAM 60-65mmHg
Início: 27/11/2019 Termo: 11/12/2019	Parâmetros vitais	1/1h	- Monitorização da frequência cardíaca (bpm) (considerou-se a avaliação das 8h)	FC 80-100bpm
Início: 27/11/2019 Termo: 11/12/2019	Parâmetros vitais	1/1h	- Monitorização da frequência respiratória (cpm)	Frequências médias 19cpm
Início: 27/11/2019 Termo: 11/12/2019	Parâmetros vitais	1/1h	- Monitorização da temperatura corporal (°C)	Apirética
Início: 27/11/2019 Termo: 11/12/2019	Parâmetros vitais	1/1h	- Monitorização da saturação de oxigénio periférico (%) (considerou-se a avaliação das 8h)	Eupneica, amplitude profunda, ritmo regular

Data / Hora	Diagnóstico de Enfermagem / Status	Horário	Intervenção de Enfermagem	Avaliação / Resultado de Enfermagem
				simétrica, tipo toracoabdominal,
Início: 27/11/2019 Termo: 11/12/2019	Autocuidado: alimentar-se Dependência: Dependente em grau elevado	4h 9h 11h 13h 17h 19h 23h	- Vigiar a dieta - Vigiar a refeição - Gerir a dieta - Gerir o ambiente físico durante a refeição - Incentivar a pessoa a alimentar-se - Assistir a pessoa a alimentar-se	27/11/2019 – Dieta personalizada, diabética, hiperproteica – tolerou - articulação com dietista que estabelece a dieta de acordo com a ESPEN Guidelines para doentes queimados ¹⁰
Início: 27/11/2019 Termo: 11/12/2019	Autocuidado: beber Dependência: dependente em grau moderado	Sem horário	- Vigiar a ingestão de líquidos - Incentivar a pessoa na ingestão de líquidos - Assistir no autocuidado beber	27/11/2019 – tolerou líquidos
Início: 27/11/2019 Termo: 11/12/2019	Autocuidado: Higiene Dependência: dependente em grau elevado	Turno fixo: Manhã	- Vigiar o autocuidado higiene - Dar banho na cama - Lavar a boca - Aplicar creme * Monitorizar o autocuidado através da aplicação da escala de Barthel (anexo 5)	Efetuada a monitorização com a escala modificada de Barthel face ao pré-internamento (valor obtido referente ao domicílio= 70 27/11/2019 – balneoterapia na admissão 28/11 Efectuada higiene no leito
Início: 27/11/2019 Termo: 11/12/2019	Autocuidado: vestuário Dependência: Dependente em grau elevado	Sem horário	- Vigiar autocuidado: vestuário - vestir Monitorizar o autocuidado através da aplicação da escala de Barthel (anexo 6)	27/11/2019 não consegue dispor as roupas de forma a vestir-se

¹⁰ Rousseau, Losser, Ichai, Berger (2013).

Data / Hora	Diagnóstico de Enfermagem / Status	Horário	Intervenção de Enfermagem	Avaliação / Resultado de Enfermagem
Início: 27/11/2019 Termo: 11/12/2019	Autocuidado: uso do sanitário Dependência: Dependente em grau elevado	Sem horário	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar eliminação urinária - Monitorizar eliminação urinária - Vigiar eliminação intestinal - Otimização de dispositivo de eliminação fecal – alívio da pressão do cuff durante 1h, 1x/turno *Monitorizar o autocuidado através da aplicação da escala de Barthel Anexo 5) 	27/11/2019 – algaliada com saída de urina clara, sem sedimento 2/12/2019 - colocação de dispositivo de eliminação fecal Flexi-Seal ® Fezes líquidas Fezes líquidas extra-dispositivo
Início: 27/11/2019 Termo: 11/12/2019	Queda / Risco de Queda	7/7 dias	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar ação da pessoa - Vigiar agitação psicomotora - Gerir medidas de segurança através de grades da cama - Gerir o ambiente físico - Gerir regime medicamentoso - Providenciar sistema de chamadas - Monitorizar risco de queda através da Escala de Morse (Anexo) 	27/11/2019 a 5/1/2020 Acamada Score----
Início: 27/11/2019 Termo: 11/12/2019	Úlcera de Pressão / Risco de úlcera de pressão	1/1 dias	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar a pele - Vigiar o posicionamento - Otimizar as roupas da cama - Incentivar a pessoa a alternar posicionamentos - Posicionar a pessoa - Vigiar sinais de úlcera de pressão - Monitorizar risco de úlcera de pressão através da escala de Braden-Adulto (Anexo) 	27/11/2019 a 11/12/2019 Acamada Pele íntegra, corada, hidratada, quente e seca Score ---
		7/7 dias	- Monitorizar peso	28/11/2019 – 80Kg 5/12/2019 – 77Kg

Data / Hora	Diagnóstico de Enfermagem / Status	Horário	Intervenção de Enfermagem	Avaliação / Resultado de Enfermagem
Início: 27/11/2019 Termo: 11/12/2019	Dor / Dor presente	Sem horário	- Vigiar a dor - Monitorizar a dor	Escala numérica da dor
Início: 27/11/2019 Termo: 11/12/2019	Metabolismo energético Hiperglicemia	Hora fixa 0h 9h 13h 19	- Monitorizar glicémia capilar - Vigiar sinais de hiperglicemia - Vigiar sinais de hipoglicémia	Glicémias capilares – 140-290mg/dl Administrada insulina de acordo com protocolo
Início: 27/11/2019 Termo: 9/12/2019	Queimadura/ Queimadura de 2º grau superficial região perineal e perianal	2/2 dias	- Avaliar queimadura - Executar penso a queimadura	27/12/2019 - Lesão exsudativa, tecido de granulação, sem odor, área 30x15cm nas maiores dimensões – penso com gaze gorda e flaminial forte® 29/11/2019 – mantém exsudado amarelado, odor ligeiro, área 30x15cm - penso com gaze gorda e flaminial forte® 1/12/2019 – áreas de tecidos desvitalizado, odor ligeiro, área 30x15cm - penso com gaze gorda e flaminial forte® 2/12/2019 - áreas de tecidos desvitalizado, odor intenso, área 30x15cm - penso com

				gaze gorda e flaminial forte®
--	--	--	--	-------------------------------

Data / Hora	Diagnóstico de Enfermagem / Status	Horário	Intervenção de Enfermagem	Avaliação / Resultado de Enfermagem
				4/12/2019 - áreas de tecidos desvitalizado, odor intenso, área 30x15cm - penso com gaze gorda e flaminial forte® 6/12/2019 - áreas de tecidos desvitalizado, exsudado purulento, odor intenso, área 30x15cm - penso com gaze gorda e flaminial forte®
		Sem Horário	- Vigiar penso da queimadura - Reforçar penso da queimadura	- Penso externamente limpo e seco
Início: 9/11/2019 Termo: 11/12/2019	Ferida cirúrgica / Ferida cirúrgica coxa esquerda, face lateral por região dadora	5/5 dias	- Avaliar ferida cirúrgica - Executar penso a ferida cirúrgica	Primeiro penso pós-operatório programado para 12/12/2019
		Sem horário	- Vigiar penso da ferida cirúrgica - Reforçar penso da ferida cirúrgica	Penso externamente limpo e seco
Início: 9/11/2019 Termo: 11/12/2019	Ferida cirúrgica / enxerto de pele parcial na região períneo e ânus	5/5 dias	- Avaliar ferida cirúrgica - Executar penso a ferida cirúrgica	Primeiro penso pós-operatório programado para 12/12/2019
		Sem horário	- Vigiar penso da ferida cirúrgica - Reforçar penso da ferida cirúrgica	Penso externamente limpo e seco

Data / Hora	Diagnóstico de Enfermagem / Status	Horário	Intervenção de Enfermagem	Avaliação / Resultado de Enfermagem
Início: 27/11/2019 Termo: 11/12/2019	Posicionar-se Dependência: Dependente em grau elevado	3/3h	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o posicionar-se - Incentivar o posicionar-se - Assistir no posicionar-se 	<ul style="list-style-type: none"> - Doente pouco colaborante na alternância de decúbitos, não tolerando manter o decúbito lateral direito, por dor no ombro direito. - Não tolera o decúbito ventral - Decúbito de maior conforto é o decúbito dorsal, que é o menos indicado pela queimadura
Início: 27/11/2019 Termo: 11/12/2019	Gestão do regime terapêutico Compromisso: Comprometido	Turno fixo: Manhã Tarde	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar na tomada de decisão - Assistir na gestão do regime terapêutico - Avaliar gestão do regime terapêutico - Ensinar sobre complicações - Ensinar sobre gestão do regime terapêutico - Incentivar o envolvimento da família 	<p>27/11/2019- Doente não segue dieta diabética no domicílio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não faz exercício físico regular no domicílio. <p>28/11/2019- intolerância à atividade, com cansaço fácil a pequenos esforços</p>
Início: 27/11/2019 Termo: 11/12/2019	<u>Auto Controlo:</u> <u>Ansiedade</u> / sem auto controlo: ansiedade comprometido	Sem horário	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir a identificar estratégias de auto controlo: ansiedade - Assistir na ansiedade - Avaliar o auto controlo: ansiedade - Encorajar o auto controlo: ansiedade - Gerir o ambiente - Otimizar comunicação - Vigiar resposta comportamental 	<p>27/11/2019 – 11/12/2019</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reduz ansiedade quando prestado apoio emocional - Permitida presença da neta enquanto representante espiritual

Data / Hora	Diagnóstico de Enfermagem / Status	Horário	Intervenção de Enfermagem	Avaliação / Resultado de Enfermagem
Início: 27/11/2019 Termo: 11/12/2019	Sono: alterado	Turno fixo: Noite	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar ambiente calmo - Providenciar massagem de conforto - Assistir no sono - Vigiar o sono - Evitar sono diurno 	27/11/2019- 1/12/2019 – dormiu menos horas do que habitual 2/12/2019 – 9/12/2019 – insónia noturna, por inversão do sono. Melhorou após instituição de terapêutica
Início: 30/11/2019 Termo: 7/12/2019	Infecção: presente, por isolamento de Escherichia Coli na urina	Sem horário	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar medidas de prevenção de contaminação hospitalar - Uso de equipamento individual de proteção - Ensinar sobre lavagem das mãos 	<ul style="list-style-type: none"> - reforço hídrico oral - administração de antibioterapia - Cultura estéril a 7/12/2019
Início: 3/12/2019 Termo:	Infeção: presente por isolamento no exsudado superficial de Escherichia coli, Proteus mirabilis e Enterococcus faecalis	Sem horário	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar medidas de prevenção de contaminação hospitalar - Uso de equipamento individual de proteção - Ensinar sobre lavagem das mãos 	- Doente transferida antes de realizadas novas culturas.

No dia 9/12, por lesão renal aguda com acidemia metabólica, hipercaliemia e hiperamoniemia a Sra M.A. foi transferida para unidade de cuidados intensivos para realização diálise lenta de baixa eficiência ou SLED¹¹, que não é possível ser realizada na unidade de queimados.

ESCALA DE BARTHEL	Referente a 15 dias antes do internamento	27/11/2019 Admissão na unidade de queimados	9/12/2019 (transferência para outro serviço)
	Score 75	Score 20	Score 0

¹¹ “sustained low efficiency dialysis”, combina das vantagens das técnicas de substituição da função renal com as da hemodiálise intermitente (Carvalho, 2009)

4. DISCUSSÃO

É consensual, na literatura científica, o trauma que representa uma queimadura, a importância de uma abordagem em unidades de cuidados especializadas, com equipas com formação especializada e treinada e o desafio exponencial que esta realidade representa quando falamos de queimaduras na população idosa. Aquela que é, no início, uma agressão local e limitada, generaliza-se e transforma-se numa patologia grave (Echinard, 2012).

É uma fatia da população cada vez mais numerosa, vulnerável a acidentes pelas alterações motoras e cognitivas associadas ao envelhecimento e, muitas vezes, potenciadas por co-morbilidades e a quem, nos últimos anos não tem sido dada a merecida atenção no que ao tratamento de queimaduras diz respeito (Jeschke et al 2015). Os autores afirmam que o LD50¹² para os idosos ronda os 30-35% da SCT queimada, para a população idosa. Em 1950 o LD50 para a idade de 21 anos era 40% e, atualmente, esse número é de 90% na maioria das UQ (Harrington, 2009). Contudo, para a população idosa não se verificou alteração nesta percentagem, mantendo-se o LD50 de 35%.

Esta doente tinha uma SCT calculada em 5% e numa área nobre como sendo a região perineal. Considera-se uma queimadura grave no idoso para SCT superiores a 10%, contudo é uma área nobre.

Ainda que a área queimada não fosse extensa, mas este caso confirma que a resposta do idoso ao stress, que representa o evento da queimadura, é diferente da do adulto jovem. Sabe-se que a resposta inflamatória e metabólica à queimadura é mais lenta no idoso, comparativamente ao adulto jovem, e pressupõe-se que o idoso não tem recursos para responder adequadamente a este stress (Stanojic, Chen, Xiu, Jeschke 2016).

Um dos cuidados necessários e de enorme relevância no tratamento das queimaduras é o alívio da pressão nas áreas queimadas e/ou enxertadas. A compleição física da doente, o facto de ser obesa bem como as dores articulares que já sentia, impediram ou não tornaram tolerável o posicionamento em decúbito ventral ou decúbitos laterais puros, que seriam os indicados nesta situação. O insucesso do

¹² É definido como o tamanho da queimadura que é letal para 50% dos pacientes. Reflete a qualidade do processo de ressuscitação do queimado e dos cuidados médicos. Tem sido usado como um indicador de qualidade dos cuidados ao doente queimados (Jeschke et al, 2015)

enxerto realizado foi também uma realidade por este motivo mas, também, por não ter sido possível manter a zona livre de conspurcação por fezes, apesar de ter sido aplicado o sistema “Flexi-Seal®”.

Um outro aspeto que também observei, e que é algo que observo na minha prática, é a importância que a motivação, a força de vontade e o pensamento positivo representam no processo de cura, de restabelecimento e na luta contra a adversidade. Acredito que é isso que faz a diferença em casos, muitas vezes, tão semelhantes.

Neste caso, e com esta crença presente e partilhada por toda a equipa, foi permitida a presença da neta, enquanto guia e representante espiritual, mais tempo do que o preconizado em termos de duração de visitas. Mas o que verificamos foi uma extinção gradual da força anímica da doente, cada vez menos tolerante, cada vez mais queixosa, ainda que a condição analítica e imagiológica, confirmassem o estado geral da doente, com descompensação da função renal.

A ideia de que as emoções estão relacionadas com a morbilidade e mortalidade existem há 2 milénios (Sternberg, 1997).

São apontadas a depressão, a ansiedade e a hostilidade/zanga como as emoções negativas relacionadas com resultados em saúde e com evidência dos seus contributos para alguns processos de doença (Kiecolt-Glaser, 2002).

O risco de infeção no doente queimado é elevado. Por um lado, a barreira que nos protege dos organismos sofreu uma lesão a sua continuidade, por outro lado há uma série de procedimentos e técnicas invasivas que aumentam este risco.

Bactérias que são, habitualmente comensais, tornam-se oportunistas, contaminando o leito da ferida, contaminando-a e gerando infeções. A UQ pretende oferecer um ambiente o mais seguro possível para o doente queimados: as entradas são controladas, o fardamento próprio e obrigatório, sistema de pressão positiva em toda a unidade e, se necessário, negativa nos isolamentos. Sempre que possível são os profissionais que vêm à unidade e o doente só sai para realizar exames ou tratamentos que, de todo, não seja possível serem realizados dentro da UQ. Sempre que reentram, são repetidos os procedimentos de entrada.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A queimadura é efetivamente um evento traumático muito grande com um enorme impacto na vida de quem sofre este tipo de lesão.

A pessoa idosa é particularmente vulnerável para sofrer este tipo de lesões e as alterações que o organismo sofre, associadas ao envelhecimento, levam a que a abordagem seja diferente da abordagem a um adulto jovem.

Penso ter cumprido o meu objetivo de prestar cuidados à pessoa idosa, que não se esgotou neste caso. Tive a colaboração e disponibilidade da equipa de enfermagem o que me permitiu a consecução desse objetivo

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amann, Gregória Paixão von (2012). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto: COM MAIS CUIDADO – Prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas. *Direção Geral de Saúde*. Acedido em: 19/6/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/projeto-cmc-manual-pdf.aspx>
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach. New York: Springer Publishing Company.
- Carvalho, C.; Silva, SR; Martins, P.; Barbosa, S.; Paiva, JÁ; Pestana, M. (2009) SLED (Sustained Low-Efficiency Dialysis) em Cuidados Intensivos: uma avaliação médica. *Revista Portuguesa Medicina Interna*; Vol 16(2). Acedido em 18/12/2019. Disponível em: https://spci.pt/files/2016/03/RPMI_V_16_02.pdf
- Center for Research and Prevention of Injuries (CE.RE.PR.I.) (2005). Eunese – European network for safety among elderly. *Department of Hygiene and Epidemiology*, Medical School National and Kapodistrian University of Athens. Greece. Acedido em: 19/6/2019. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action3/docs/2003_3_13_inter2_en.pdf
- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2019). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Norma 08/2019. Lisboa. Acedido em 9/2/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Orientação 017/2011. Lisboa. Acedido em: 9/2/2020. Disponível em: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx.
- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2011). *Acidentes Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Orientação 054/2011. Lisboa. Acedido em: 9/2/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2017). *Abordagem Hospitalar das Queimaduras em*

- Idade Pediátrica e no Adulto*. Norma 022/2012. Lisboa. Acedido em: 9/2/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222012-de-26122012-png.aspx>
- Duke, Janine M. et al. (2015). Long-term mortality among older adults with burn injury: a population-based study in Australia. *Bull World Health*; 93 400-406. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.149146>
- Echinard C (2012) in Echinard, Christian; Latarjet, Jacques, *Queimaduras* (pp.196-198). Loures: Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). Projeções de população residente 2015-2080. (2017). *Destaque*. Lisboa. Acedido em: 19/6/2019. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUE_Sdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Harrington, David T. (2009). Burn injuries and burn care. *Medicine & Health/Rhode Island*, volume 92 nº 5. Acedido em 01/02/2020. Disponível em: <http://www.rimed.org/medhealthri/2009-05/2009-05-179.pdf>
- Kiecolt-Glaser, Janice K.; McGuire, Lynanne; Robles, Theodore F.; Glaser, Ronald (2002). Emotions, Morbidity and Mortality: New Perspectives from Psychoneuroimmunology. *Annu. Rev. Psychol*: 53:83–107
DOI: [10.1146/annurev.psych.53.100901.135217](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135217)
- Lundgren, Rachel S et al. (2009). Influence of comorbidities and age on outcome following burn injury in older adults. *J Burn Care Res*; 30:2 307-314. Disponível em: DOI: 10.1097/BCR.0b013e318198a416
- Lyons, Ronan et al. (2017). Disability adjusted life Year (DALY) estimates for injury utilizing the European Injury Data Base (IDB). *Eurosafe*. Acedido em: 20/6/2019. Disponível em: <http://www.eurosafe.eu.com/uploads/inline-files/Disability%20Adjusted%20Life%20Year%20%28DALY%29%20estimates%20for%20inj%20ury%20MAY%202017.pdf>
- Mock C, Peck M, Peden M, Krug E, eds. (2008) *A WHO plan for burn prevention and care*. Geneva, World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention
- National Confidential Enquiry Into Patient Outcome and Death (NCEPOD). (2010). *An Age Old Problem – a review of the care received by elderly patients undergoing surgery*. London. Acedido em: 24 Jun. 2019. Disponível em: https://www.ncepod.org.uk/2010report3/downloads/EESE_fullReport.pdf
- Rocha, Evangelista. (2017). A carga global de doença: fonte de informação para a

definição de políticas e avaliação de intervenções em saúde. *Revista Portuguesa de Cardiologia*; 36:4 283-285.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2017.02.007>

Rousseau, Anne-Françoise; Losser, Marie-Reine; Ichai, Carole; Berger, Mette M. (2013). ESPEN endorsed recommendations: Nutritional therapy in major burns. *Clinical Nutrition*, nº 32, 497-502. Doi: [org/10.1016/j.clnu.2013.02.012](http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2013.02.012)

Stavrou, Demetris; Weissman, Oren; Tessone, Ariel; Zilinsky, Isaac; Holloway, Samantha; Boyd, Julie; Haik, Josef. (2013). Health Related Quality of Life in burn patients – A review of the literature. *Burns*: 40: 788–796.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2013.11.014>

Sternberg, Esther M. (1997) Emotions and disease: from balance of humors to balance of molecules. *Nature Medicine*: vol 3, Nº 3. Acedido em 02/02/2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9055845/>

Stanojcic, Mile; Chen, Peter; Xiu, Fangming; Jeschke, Marc G. (2016). Impaired immune response in elderly burn patients: new insights into the immune-senescence phenotype. *Ann Surg.*; 264(1): 195–202.
Doi:10.1097/SLA.0000000000001408.

Stylianou N; Buchan I; Dunn K.W. (2015). A review of the international Burn Injury Database (iBID) for England and Wales: descriptive analysis of burn injuries 2003–2011. *BMJ Open* 5. Acedido em: 23/6/2019]. Disponível em: e006184. doi:10.1136/bmjopen-2014- 006184

World Health Organization (WHO). (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Acedido em 23/6/2019. Disponível em: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/

ANEXOS

ANEXO 1 – PROCEDIMIENTO MULTISECTORIAL

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
CIRCULAR INFORMATIVA

Nº: 208 **Data: 10 de maio de 2019**

ASSUNTO: Procedimento Multissetorial AES.103 – Acesso à assistência espiritual e religiosa

O Conselho de Administração aprovou o seguinte Procedimento:

AES.103 – Acesso à assistência espiritual e religiosa

O presente procedimento está associado à Política de Assistência Espiritual e Religiosa.

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Enfermeira Diretora

	Procedimento Multissetorial	AES.103
	ACESSO À ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL E RELIGIOSA	
APROVAÇÃO		
Concedida - de		

1 OBJETIVO

Enquadrar na atividade do _____ a assistência espiritual e religiosa aos doentes, famílias e aos profissionais que dela necessitem;

Sensibilizar os profissionais para a importância dos contextos culturais, religiosos e espirituais em que os cuidados são prestados e a sua importância;

Definir as responsabilidades da Unidade de Assistência Espiritual e Religiosa (UAER) e dos Assistentes Espirituais e Religiosos (AER) no _____;

Criar acessos simples, claros e seguros para os Assistentes Espirituais e Religiosos de todas as crenças e comunidades religiosas legalmente reconhecidas com o objetivo de proporcionar ao doente um cuidado holístico.

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Aplica-se às Unidades Clínicas de Internamento, incluindo Hospitais de Dia, e aos Assistentes Espirituais e Religiosos do _____

3 RESPONSABILIDADES

A Unidade de Assistência Espiritual e Religiosa do _____, os Assistentes Espirituais e Religiosos, a Área de Gestão Hoteleira, o Gabinete de Segurança e Responsáveis das Áreas/Especialidades/Unidades _____

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
D	2019	Nº 208	2020
			1/5

	Procedimento Multissetorial	AES.103
	ACESSO À ASSISTENCIA ESPIRITUAL E RELIGIOSA	

4 DESCRIÇÃO

A assistência espiritual e religiosa é reconhecida como uma necessidade essencial, com efeitos relevantes na relação com o sofrimento e doença, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados e como elemento importante na reabilitação / cura.

A forma como o integra as necessidades espirituais e religiosas no processo de cuidados está definida na Política de Assistência Espiritual e Religiosa ao Doente e no Regulamento de Assistência Espiritual e Religiosa

Todos os doentes/famílias devem ser informados acerca da possibilidade de receber assistência espiritual e religiosa requerida pelo doente ou por quem o representante.

Poderá também ser prestada assistência espiritual e religiosa à família, aos profissionais e aos colaboradores voluntários.

A assistência poderá ser prestada a qualquer hora, de acordo com a vontade do doente ou a situação de urgência, nas unidades de cuidados, junto à cama do doente ou num espaço com o recato necessário para tal, sem prejuízo do repouso dos demais doentes e da prestação dos cuidados de saúde, considerando a natureza e dimensão de cada Unidade.

Cabe ao profissional de saúde responsável pelo doente:

- Tomar conhecimento da necessidade de assistência espiritual e religiosa manifestada pelo doente;
- Informá-lo sobre os elementos que o Hospital tem ao seu dispor para satisfazer as suas necessidades de assistência espiritual e religiosa, podendo o profissional disponibilizar o folheto informativo "Assistência Espiritual e Religiosa" específico de cada polo.
- Contactar a UAER do Pólo Hospitalar respetivo, diretamente ou deixando mensagem indicando a unidade e a cama, o nome e idade do doente bem como o tipo de assistência solicitada;
- Registrar no processo clínico do doente o pedido de assistência espiritual e religiosa e o encaminhamento dado;
- Informar o AER interno ou externo das precauções de controlo de infeção, de medidas de segurança específicas de cada doente e das condições de conforto dos restantes utentes da unidade clínica, antes da prestação da assistência espiritual e religiosa;
- Verificar que existem condições na unidade clínica para prestar o apoio espiritual e religioso solicitado;
- Acompanhar o AER externo junto do doente, quando necessário;
- Facilitar um espaço para, em situações urgentes, prestar assistência espiritual aos familiares;
- Desenvolver, sempre que possível, uma prática de cuidados que respeite as convicções espirituais e religiosas do doente e da família.
- Providenciar o pedido de alimentação adequada às diversas crenças religiosas, culturais e ideológicas.

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
D 2019	Nº 208	2022	2/5

	Procedimento Multissetorial	AES.103
	ACESSO À ASSISTENCIA ESPIRITUAL E RELIGIOSA	

Cabe ao AER da UAER do CHULC:

- Prestar assistência ao doente, à sua família e aos profissionais, quando solicitado;
- Divulgar o horário estabelecido para o acesso ao espaço religioso de cada um dos polos;
- Divulgar o contacto do AER responsável de cada um dos polos, ao longo das 24 horas do dia;
- Na ausência do AER responsável de algum dos polos, deixar os contactos de quem o possa substituir, na central telefónica e nas unidades clínicas;
- Proporcionar acesso ao espaço religioso fora do horário estabelecido, se exequível, articulando com a Equipa de Segurança e na presença de profissional da instituição;
- **Se necessário, contactar um AER externo da confissão do doente a seu pedido ou da família;**
- Contactar cada crença e comunidade religiosa legalmente reconhecida, solicitando a identificação dos seus representantes autorizados a prestar assistência no
- Elaborar uma lista de AER externos autorizados pelos representantes das comunidades religiosas legalmente reconhecidas, disponibilizando um exemplar actualizado nas portarias dos polos;
- **Acompanhar os AER externos junto do doente, quando necessário;**
- Estar informado e informar acerca das precauções básicas de controlo de infeção, e de medidas de segurança gerais, durante a prestação da assistência espiritual e religiosa;
- Fazer a ligação com serviços de apoio às famílias em situação de sofrimento, quando solicitado;
- Estar informado e informar acerca das principais religiões;
- Prestar assistência espiritual e religiosa a profissionais e colaboradores voluntários do
- Colaborar em ações de formação dos profissionais e colaboradores voluntários em assistência espiritual e religiosa;
- Participar na formação mandatoria da instituição.

Cabe ao Gabinete de Segurança do

, através do profissional da portaria de funcionamento permanente de cada polo:

- Entregar ao AER um cartão de acesso, mediante previa verificação da sua identidade e da pertença à lista de AER externo ao
, para circulação no hospital durante o período da assistência.
- Garantir o preenchimento do impresso de segurança e controlo de acessos, designado Registo de Assistência Espiritual e Religiosa (anexo 2);
- Em casos de manifesta urgência (validada pela unidade de internamento) não pode a falta de documento de identificação ou de credencial ser motivo de objecção da assistência.
- Indicar ao AER externo o acesso à unidade clínica onde foi solicitada a sua presença, se necessário;
- Confirmar a saída do AER do

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
D 2019	Nº 208	2022	3/5

	Procedimento Multissetorial	AES.103
	ACESSO À ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL E RELIGIOSA	

Gestão do acesso dos AER externos, às Unidades Clínicas

Após tomar conhecimento da necessidade de assistência espiritual e religiosa manifestada pelo doente ou pela sua família, o profissional de saúde responsável pelo doente poderá contactar diretamente o AER externo, informando-o que se deve dirigir à portaria central, (após consulta do Anexo 1) ou solicitar a colaboração do AER do polo, para o respetivo contacto

O profissional de saúde responsável pelo doente deverá informar o profissional da portaria central, da identificação do AER externo, e da unidade clínica à qual este se deve dirigir;

A UAER deverá informar atempadamente os AER externos de que se devem dirigir a portaria central do polo onde se encontra o doente para os procedimentos de controlo de acesso;

Chegado à portaria central do polo onde se encontra o doente, o AER externo convocado deverá passar pelos procedimentos de controlo de acesso nomeadamente a verificação de identificação e preenchimento do Registo de Assistência Espiritual e Religiosa (anexo 2);

O profissional da unidade clínica que recebe o AER externo valida a sua presença no Registo de Assistência Espiritual e Religiosa (anexo 2);

Concluída a assistência prestada o AER externo deverá devolver na portaria o Registo de Assistência Espiritual e Religiosa (anexo 2);

Os AER externos que tenham relação funcional com a UAER do _____ estão isentos deste controlo de acessos.

Fora do horário habitual de visitas de cada unidade clínica, este acesso só é possível após a confirmação pela mesma da possibilidade, nesse momento da assistência espiritual e religiosa solicitada. Em caso de impossibilidade momentânea, o AER externo pode aguardar ou acordar outro momento para a intervenção.

5 DEFINIÇÕES

Assistente Espiritual e Religioso (AER) – Ministro de culto ou outra pessoa idónea que tenha sido indicada para prestar assistência por uma igreja ou comunidade religiosa inscrita no registo de pessoas coletivas religiosas que se encontre vinculada ao _____ mediante contrato ou, não tendo vínculo, se apresente a prestar assistência devidamente identificado e credenciado.

Unidade de Assistência Espiritual e Religiosa (UAER) – Estrutura que garante o regular funcionamento da assistência espiritual e religiosa no _____.

6 SIGLAS E ABREVIATURAS

AER – Assistente Espiritual e Religioso

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
D	2019	Nº 208	4/5

	Procedimento Multissetorial	AES.103
	ACESSO À ASSISTENCIA ESPIRITUAL E RELIGIOSA	

CHKS – Caspe Healthcare Knowledge Systems

CHLCC – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lda

UAER – Unidade de Assistência Espiritual e Religiosa

7 PADRÕES

- CHKS, Programa de Acreditação para Organização de Cuidados de Saúde - 2016, Versão 1;

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
17	Direitos e necessidades do paciente	17.21; 17.23; 17.25; 17.28; 17.30; 17.32 e 17.33

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8.1 Fontes citadas no corpo do documento

- Decreto-Lei nº 253/2009 de 23 de setembro - Lei de Apoio Espiritual

8.2 Fontes consultadas, mas não citadas

- Política de Apoio Espiritual do CHLC
- Regulamento da Assistência Espiritual e Religiosa do

9 ANEXOS

9.1 Impressos

9.2 Outros

Anexo 1 – Listagem das principais igrejas e confissões não católicas

Anexo 2 – Registo de Assistência Espiritual e Religiosa

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
D	2019	Nº 208	2022
			5/5

LISTAGEM DAS PRINCIPAIS IGREJAS E CONFISSÕES

RELIGIOSAS NÃO CATÓLICAS

COMUNIDADES RELIGIOSAS NÃO CRISTÃS	MORADAS	CONTACTOS
1. Comunidade Israelita de Lisboa	R. Alexandre Herculano, 59 1200-010 Lisboa	Rabino Natan Peres - Tel.: 213 931 130 Mail: rabino@clisboa.org
2. Comunidade Islâmica de Lisboa	Rua da Mesquita, 2 1070-238 Lisboa	Xequê David Munir - Tel: 213 874 142 TM: 937 860 100 – 967 578 273 Mail: cil.lisboa@gmail.com Mail: sdmunir@gmail.com
3. Centro Ismaili	Av. Lusíada, 1 1600-001 Lisboa	Tel: 217 229 002 (pedido por e-mail) Mail: nationalcouncil@cism.com.pt
4. Comunidade Hindu de Portugal	Alameda Mahatma Ghandi, 12 1600-500 Lisboa	Tel: 217 576 524 (pedido por e-mail) Mail: secretaria@comunidadehindu.org
5. União Budista Portuguesa	Av. 5 de Outubro, 122 – 8º Esq. 1050-061 Lisboa	TM: 935 080 158 (Vai indicar nome à posterior) Mail: mail@uniaobudista.pt
6. Comunidade Nacional dos Baha'is de Portugal	R. Cidade Nova de Lisboa, 17 1800-107 Lisboa	D. Ivone Feliz Correia – TM: 926 483 883 Mail: gae@bahai.pt

LISTAGEM DAS PRINCIPAIS IGREJAS E CONFISSÕES

RELIGIOSAS NÃO CATÓLICAS

CONFISSÕES E IGREJAS CRISTÃS	MORADAS	CONTACTOS
1. Igreja Lusitana Católica Apostólica (Anglicana)	R. Janelas Verdes, 32 1200-691 Lisboa	Presbítero João Hipólito - TM: 963 037 073 Mail: paroquiassapaulo@igreja-lusitana-org
2. Igreja Ortodoxa Grega	R. Arriaga, 13 1200-608 Lisboa	Padre Alexandre - TM: 965 155 660 Mail: igrejaortodoxa@clix.pt
3. Igreja Católica Ortodoxa de Portugal	Quinta da Granja – Mosteiro Ortodoxo 2600-582 Cachoeiras – V.F.Xira	Tel: 261 865 912- TM: 933 593 247 Mail: chancelaria@igrejaortodoxa.pt
4. Igreja Luterana de Portugal	Rua dos Açores, 76-A 1000-005 Lisboa	Rev. António Canoa - TM: 936 738 535 Mail: canoa@igreja-luterana.pt
5. Igreja Evangélica Presbiteriana de Portugal	Rua Prof. Fernando da Fonseca, 28 1600-620 LISBOA	Tel: 213 968 401 Mail: icpportugal@gmail.com
6. Igreja Evangélica Baptista	Rua Filipe Folque, 36 1050-113 Lisboa	Pastor Joed Venturiny - Tel: 213 554 636 Mail: terceira.lisboa@sapo.pt
7. Igreja Evangélica Metodista Portuguesa (Lisboa)	R. Victor Santos, Lote R5 – Lojas A&B 1600-785 Lisboa	Pastora Idalina Sitanela – TM: 964 603 350 Mail: sede-geral@igreja-metodista.pt

8. Igreja Baptista de Lisboa	Rua Lucinda Simões, 7 1900-304 Lisboa	Pastor Celestino Oliveira - Tel: 218 137 548 Mail: prime.igreja.baptista.de.lisboa@gmail.com
9. Aliança Evangélica Portuguesa	Av. Conselheiro Barjona de Freitas, 16 B 1500-204 Lisboa	Pastor José Paulo Gomes - TM: 933 300 555 Mail: geral@aliancaevangelista.pt
10. União Adventista do Sétimo Dia	Rua Acácio Paiva, 35 1700-004 Lisboa	Pastor Artur Machado - Tel: 213 510 910 Mail: comunicações@adventistas.org.pt
11. Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias	Rua Jorge Barradas, 14C 1500-370 Lisboa	Pastor Drent Fillmore - Tel: 217 606 072 TM: 917 323 368 Mail: 2018101@ldschurch.org
12. Associação Testemunhas de Jeová	Rua Conde Barão, 511 Alcabideche 2645-109 Cascais	João Teixeira (coordenador) – TM: 965 054 334 Eduardo Almeida - TM: 962 763 664 Sérgio Amado - TM: 919 713 074 Paulo Bernardo – TM: 932 516 027 José Ferrão – TM: 963 257 493 Luis Godinho – TM: 917 634 312 José Loureiro – TM: 915 189 622 Milton Pereira – TM: 919 678 172 Arnaldo Santos – TM: 966 053 994 Filipe Teixeira – TM: 967 039 348 Mail: geral.pt@jw.org
13. Igreja Messiânica Mundial	R. António Albino Machado, 15 A 1600-831 Lisboa	Min. Luciano Silva – TM: 912 201 420 Mail: lisboa.immp@gmail.com

	ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL E RELIGIOSA	Pólo Hospitalar
A PREENCHER NA PORTARIA pelo ASSISTENTE ESPIRITUAL E RELIGIOSO		
UNIDADE	PEDIDO POR	
NOME DO ASSISTENTE		
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO		
<div style="text-align: center;">ENTREGA</div> em A A M M D D hora H H M M <div style="text-align: center;">ASSISTENTE</div> <div style="border-top: 1px solid black; margin-top: 10px; text-align: center;"> <small>(assinatura igual ao cartão de identificação)</small> </div>		<div style="text-align: center;">DEVOLUÇÃO</div> em A A M M D D hora H H M M <div style="text-align: center;">PORTEIRO/ SEGURANÇA</div> <div style="border-top: 1px solid black; margin-top: 10px; text-align: center;"> <small>(assinatura legível e n.º mecanográfico)</small> </div>
A PREENCHER NA UNIDADE		
<div style="text-align: center;">VALIDAÇÃO DA VISITA</div> em A A M M D D hora H H M M <div style="text-align: center;">O PROFISSIONAL</div> <div style="border-top: 1px solid black; margin-top: 10px; text-align: center;"> <small>(assinatura legível)</small> </div>		UNIDADE FUNÇÃO
A PREENCHER NA PORTARIA pelo ASSISTENTE ESPIRITUAL E RELIGIOSO		
UNIDADE	PEDIDO POR	
NOME DO ASSISTENTE		
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO		
<div style="text-align: center;">ENTREGA (duplicado)</div> em A A M M D D hora H H M M <div style="text-align: center;">ASSISTENTE</div> <div style="border-top: 1px solid black; margin-top: 10px; text-align: center;"> <small>(assinatura igual ao cartão de identificação)</small> </div>		<div style="text-align: center;">DEVOLUÇÃO</div> em A A M M D D hora H H M M <div style="text-align: center;">PORTEIRO/ SEGURANÇA</div> <div style="border-top: 1px solid black; margin-top: 10px; text-align: center;"> <small>(assinatura legível e n.º mecanográfico)</small> </div>

ANEXO 2 – ESCALA DE BRADEN

ANEXO I
Escala de Braden - Adulto

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO					
Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____	
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____	
Percepção sensorial Capacidade de percepção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se mexe nem se agita a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação. OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação. OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de se mudar de posição. OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta deficiente sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudoreses, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	
Actividade Nível de actividade física	1. Acamados: O doente está confinado à cama.	2. Sentados: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e não tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Andar ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtos períodos, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Andar frequentemente: Anda fora de quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	
Mobibilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitada: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lactónicos). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lactónicos. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lactónicos). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lactónicos). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	
Fricção e forças de deslizamento	1. Problemas: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslocar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda mínima. Espasmodicamente contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problemas potenciais: Movimentar-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.		
Nota: Quanto mais baixo for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.					Pontuação total

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergman, 1989.
Versão Portuguesa 2001, Carlos Magalhães, Cristina Mágica, Pedro Pereira, João Gomes, Tânia Peralta
Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CESUC)

ANEXO 3 – ESCALA DE MORSE

Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debililitado	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

Fonte: Costa-Dias, Mj. Ferreira, P. Oliveira, A. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Revista de Enfermagem Referência. 2014, IV Serie (2), pp.7-17.

ANEXO 4 – AVALIAÇÃO DE RISCO DE INFEÇÃO

Mapa de ocupação do serviço...

Data do registo 09-02-2020

Codificação:

Risco Baixo Risco Médio



Registos associados ao utente

Situação Clínica

- ☐ Doente sem imunodeficiência
- ☐ Sem presença de fluidos orgânicos (sangue, vômitos, diarreia, exsudados, secreções traqueobrônquicas)
- ☐ Colonização e/ou infecção ativa/presumida
- ☐ Antibioticoterapia de largo espectro < 6 meses
- ☐ História de MHR no último ano
- ☐ Três ou mais admissões no ano
- ☐ Institucionalização
- ☐ Idade < 28 dias
- ☐ Idade > 65 anos
- ☐ Neoplasia
- ☐ Diabetes
- ☐ Presença de fluidos orgânicos (sangue, vômitos, diarreia, exsudados, secreções traqueobrônquicas)
- ☐ Alterações de integridade cutânea
- ☐ Alterações do estado de consciência
- ☐ Alterações de mobilidade
- ☐ Imunodeficiência
- ☐ Neutropénia (<500 neutrófilos/ml)
- ☐ Prematuridade (idade gestacional < 37 semanas)
- ☐ RN de muito baixo peso (peso ao nascer inferior ou igual a 1500 gr)
- ☐ Queimaduras graves
- ☐ Transplante

Procedimentos / Dispositivos

- ☐ Procedimentos não invasivos
- ☐ Procedimentos invasivos não cirúrgicos de risco intermédio
- ☐ Cateterização venosa periférica
- ☐ Algaliação
- ☐ Drenagens
- ☐ Entubação nasogástrica; traqueostomia
- ☐ Hemodíalise
- ☐ Técnicas endoscópicas não cirúrgicas
- ☐ Procedimentos invasivos de risco elevado
- ☐ Cirurgia
- ☐ Cateterização vascular central
- ☐ Entubação orotraqueal/ Ventilação assistida invasiva

Cirurgias realizadas neste episódio
Sem registos

ANEXO 5 – ESCALA DE BARTHEL

Anexo III – Escala de Barthel e instruções

1. Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de mancar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de mancar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	

APÊNDICE VIII – Ação de Formação: plano de sessão e diapositivos

FORMAÇÃO EM SERVIÇO - PLANO DE SESSÃO

Tema: Prevenção da incapacidade associada à hospitalização na pessoa idosa

Local: Unidade de Queimados **Data:** 17 / 1 / 2020 **Hora:** 14. h 30

Objectivo geral: Compreender a importância da prevenção da incapacidade associada à hospitalização (IAH) na pessoa idosa

Objectivos específicos:

- Definir o conceito de IAH
- Reconhecer a especificidade dos cuidados à pessoa idosa
- Identificar os factores individuais e ambientais promotores de IAH
- Identificar intervenções preventivas da instalação da IAH

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
<ul style="list-style-type: none"> • Processo de envelhecimento • Efeitos da imobilidade • Incapacidade associada à hospitalização - evolução histórica do conceito • Factores at individuais promotores de IAH • Factores ambientais promotores de IAH • Intervenções preventivas de IAH 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - visual 	<ul style="list-style-type: none"> Slide Show - PowerPoint 	60 min.	Raquel Gomes (aluna de Mestrado/ Especialização enfermagem médico-cirúrgica, vertente pessoa idosa

10º Mestrado/Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica, abordagem à
pessoa idosa

U.C. Relatório com Estágio

PREVENÇÃO DA INCAPACIDADE ASSOCIADA À HOSPITALIZAÇÃO NA PESSOA IDOSA

Docente Orientadora: Prof Graça Melo

Discente:

Enfª Orientadora: Enfª Maria João Salsinha

Raquel Guerra Gomes

17 de Janeiro de 2020

Objectivos

Objetivo Geral

- Compreender a importância da prevenção da incapacidade associada à hospitalização (IAH) na pessoa idosa

Objetivos Específicos

- Definir o conceito de IAH
- Reconhecer a especificidade dos cuidados à pessoa idosa
- Identificar fatores individuais e ambientais promotores de IAH
- Identificar intervenções preventivas da instalação da IAH

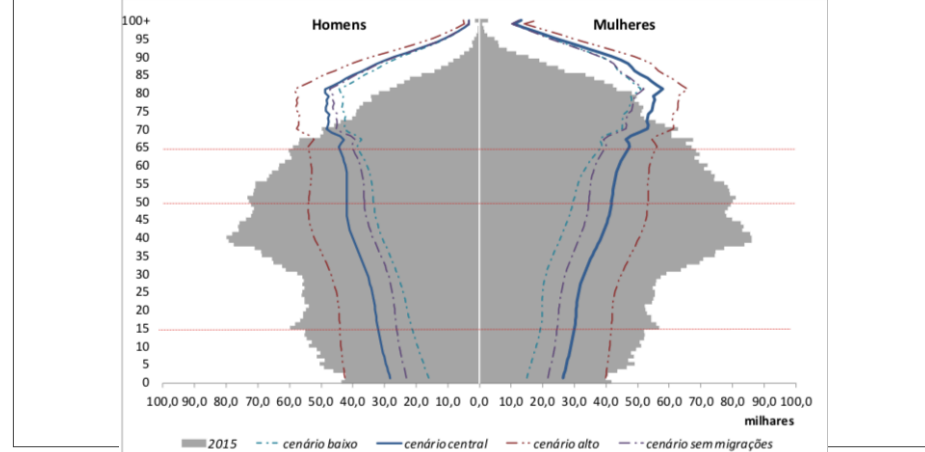
1

Conteúdos Programáticos

- Processo de envelhecimento
- Efeitos da imobilidade
- Incapacidade associada à hospitalização – evolução histórica do conceito
- Fatores individuais promotores de IAH
- Fatores ambientais promotores de IAH
- Intervenções preventivas da IAH

2

Figura 12 - Pirâmide etária, Portugal, 2015 (estimativas) e 2080 (projeções, por cenários)



https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

3

PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

**O ENVELHECIMENTO É UM DESAFIO
E
UMA OPORTUNIDADE**

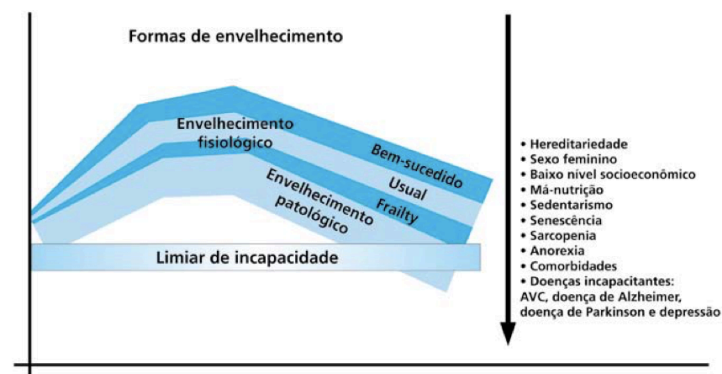


<https://www.atlasedasaude.pt/publico/content/o-doente-geriatrico-e-o-envelhecimento>

Amann, Gregória Paixão von (2012). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto: COM MAIS CUIDADO – Prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas*. Direção Geral de Saúde.

4

PROCESSO DE ENVELHECIMENTO



Moraes, Edgar Nunes da. (2008). Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In A.P.A. Borges & A.M.C. Coimbra (Coords). *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa* (pp.151-175). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz /EAD.

5

PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Redução do estado funcional relacionado com o envelhecimento

Sistema Cardiovascular	↓ freq. card máx. ↓ vol. sistólico em repouso ↓ déb. cardíaco ↓ distensabilidade dos vasos	10 bat/min/década 30% aos 85 anos 20-30% aos 65% ↓ bp 10-40mmHg
Sistema Respiratório	↓ vol. residual ↓ capacidade vital	30-50% aos 70 anos 40-50% aos 70 anos
Sistema Nervoso	↓ condução nervosa ↓ propriocepção e equilíbrio	1-1,5% aos 60 anos Queda de 35-40% aos 60 anos
Sistema Músculo-Esquelético	Perda óssea > 35 anos > 55 anos ↓ força muscular ↓ flexibilidade	1%/ano 3-5%/ano 20% aos 65 anos Dç degenerativa ou inatividade
Metabolismo	↓ do consumo máximo de oxigénio	9%/década

Houg, Barry; Eathorne (1997); citados por Vargas, Soyane (2001). Metodologia de ensino-aprendizagem para pessoas idosas *Revista Digital - Buenos Aires* - Año 7 - N° 39.

6

PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Envelhecimento dos principais sistemas fisiológicos

Sistema	Alterações Anatômicas	Alterações Funcionais	Repercussão
Sistema Respiratório	Musculatura respiratória	Sarcopénia	Redução de 25% na força da musculatura respiratória
Sistema musculo-esquelético	Músculos	Sarcopénia e infiltração gordurosa	Redução da massa e da força muscular
	Ossos	Redução do osso trabecular e cortical	Osteopénia
	Articulações	Disfunção condrocitária (redução da densidade, da atividade e da resposta a fatores de crescimento)	Aumento da rigidez das cartilagens e menos capacidade de amortecimento e distribuição da tensão

Moraes, Edgar Nunes de. (2008). Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In A.P.A. Borges & A.M.C. Coimbra (Coords). *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa* (pp.151-175). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz /EAD.

7

PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

SPICES

S is for Sleep Disorders
P is for Problems with Eating or Feeding
I is for Incontinence
C is for Confusion
E is for Evidence of Falls
S is for Skin Breakdown

É um instrumento eficiente e eficaz para a obtenção da informação necessária para prevenir alterações de saúde no idoso.
SPICES é o acrónimo para os síndromes geriátricos mais comuns e a requerer a intervenção do enfermeiro.

Fulmer, Terry (2019). *Fulmer SPICES: An Overall Assessment Tool for Older Adults*. Try This... Issue number 1, revised 2019. The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, Rory Meyers College of Nursing

8

EFEITOS DA IMOBILIDADE

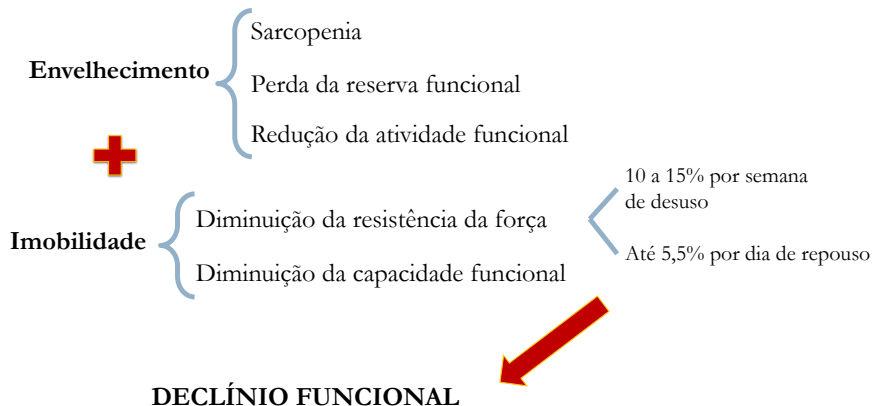
- **1860 – 1950** – repouso no leito era altamente recomendado
- **1940** – 2ª GGM – necessidade de camas – levante precoce e altas rápidas: constata-se a recuperação mais rápida de lesões e infeções
- **1950** – o repouso no leito foi estudado pela indústria aeroespacial, uma vez que o repouso no leito reproduz a condição de ausência de gravidade.

Concluíram que longos períodos imobilidade são prejudiciais à saúde de todos os sistemas orgânicos e a inatividade é um fator importante no desenvolvimento de doenças crónico-degenerativas, com maior prevalência nos idosos.

Guedes, Luana Petruccio Cabral Monteiro; Oliveira, Maria Liz Cunha de; Carvalho, Gustavo de Azevedo. (2018). *Efeitos deletérios do tempo prolongado no leito nos sistemas corporais dos idosos – uma revisão*. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 21(4): 516-523. Brasil.

9

EFEITOS DA IMOBILIDADE



Guedes, Luana Petruccio Cabral Monteiro; Oliveira, Maria Liz Cunha de; Carvalho, Gustavo de Azevedo. (2018). *Efeitos deletérios do tempo prolongado no leito nos sistemas corporais dos idosos – uma revisão*. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 21(4): 516-523. Brasil.

10

A funcionalidade é definida como a aptidão do idoso para realizar determinadas tarefas que lhe permitam cuidar de si mesmo e ter uma vida independente no seu meio, realizando as suas AVD's.

(Min et al, 2009, citado por Carvalho, 2018)

O declínio funcional é a capacidade reduzida para realizar as AVD's e vida doméstica devida a alterações da função física ou cognitiva

(Australian Health Ministers' Advisory Council [AHMAC], 2004).

Lafrenière, Sylvie; Folch, Nathalie; Dubois, Sylvie; Bédard, Lucie; Ducharme, Francine (2017). Strategies Used by Older Patients to Prevent Functional Decline During Hospitalization. *Clinical Nursing Research*, Vol. 26(1) 6–26

11

INCAPACIDADE ASSOCIADA À HOSPITALIZAÇÃO

- 1964 – Schimmel – “The Hazards of Hospitalization”
eventos adversos da hospitalização em 1000 pacientes
- 1987 – Hirsh et al – 1º estudo prospectivo do declínio funcional associado à hospitalização
Pacientes independentes nas 2 semanas prévias ao internamento, no 2º dia de internamento, 81% apresentavam dependência em pelo menos 4 dos 7 domínios das AVD's.

Surge assim o nome dado a esta síndrome de **Hospitalization-Associated Incapacity (HAD)** ou **Incapacidade Associada à Hospitalização (IAH)**

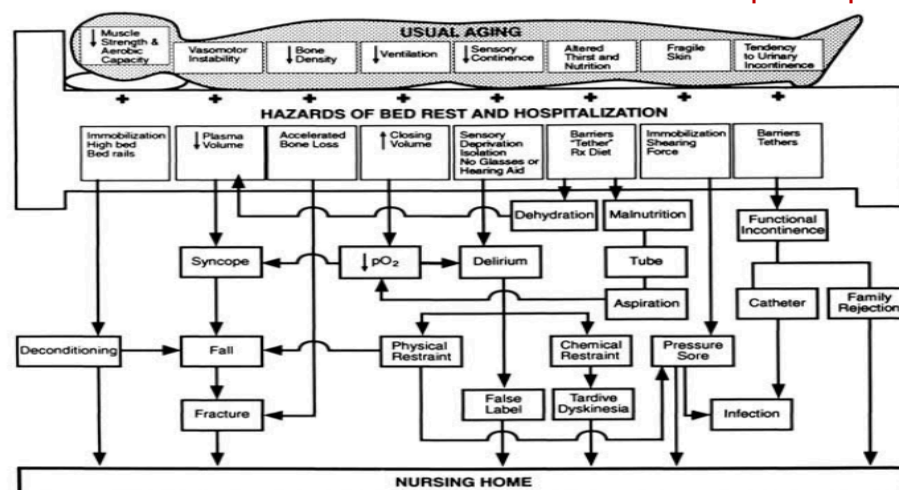
- 1993 – Morton Creditor – “Hazards of Hospitalization of the Elderly”
Co-substancia e justifica a importância da adequação dos cuidados e das estruturas hospitalares aos doentes idosos e fala num modelo de cuidado específico para o idoso

Pierluissi E, Francis DC, Covinsky KE. Patient and hospital factors that lead to adverse outcomes in hospitalized elders. In: Malone ML, Capezuti EA, Palmer RM, eds. *Acute Care for Elders: A Model for Interdisciplinary Care*. New York, NY: Humana Press; 2014:21–48.

12

INCAPACIDADE ASSOCIADA À HOSPITALIZAÇÃO

A cascata para a dependência



Creditor M (1993) Hazards of hospitalization of the elderly. Ann Intern Med 118(3):219-223

13

INCAPACIDADE ASSOCIADA À HOSPITALIZAÇÃO

Factores individuais

Idade	Estado nutricional
Status funcional prévio	Vida social
Mobilidade	Depressão
Co-morbilidades	
Status cognitivo	
Níveis séricos de albumina baixos	
Síndromes geriátricas	

- Creditor M (1993) Hazards of hospitalization of the elderly. Ann Intern Med 118(3):219-223
- Menezes, C.; Oliveira, Valéria R. C. de; Menezes, Ruth L. de. (2010). *Repercussões da hospitalização na capacidade funcional de idosos*. Revista Movimenta; Vol 3, N 2. Brasil.

14

INCAPACIDADE ASSOCIADA À HOSPITALIZAÇÃO

Factores Ambientais

Gestão dos cuidados de saúde
Repouso no leito prolongado
Polimedicação
Uso abusivo de cateteres urinários
Acessos EV
Restrição física
Dietas restritivas e inadequadas

• Creditor M (1993) Hazards of hospitalization of the elderly. Ann Intern Med 118(3):219-223
• Carvalho, Tatiane Cristina; Valle, Adriana Polachini do; Jacinto, Alessandro Ferrar; Mayoral, Vânia Ferreira de Sá; Boas, Paulo José Fortes Villas (2018) Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos. *Estudo de Caso. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2018; 21(2): 136-144. Brasil

15

INCAPACIDADE ASSOCIADA À HOSPITALIZAÇÃO

Incapacidade Iatrogénica

↖ Evitável
↗ Não evitável

Declínio funcional que resulta de 1 ou vários
eventos iatrogénicos

Quedas
Efeitos adversos da medicação
UPP
Delirium
Infeções nosocomiais
Uso excessivo de fraldas
Complicações com cateteres urinários
Falta de estímulo para as AVD's
Falta de intervenção de reabilitação
Repouso excessivo

Incidente/acidente/complicação,
não intencional que resulta do ato
de cuidados e não do processo
da doença em si

Sourdet, Sandrine; Lafont, Christine; Rolland, Yves; Nourhashemi, Fati; Velias, Bruno (2015). Preventable Iatrogenic Disability in Elderly Patients During Hospitalization

16

PREVENÇÃO DA IAH

A maioria dos fatores podem ser previstos e são passíveis de intervenção

- Avaliação da capacidade funcional na admissão
- Direcionar os cuidados não só para a doença mas também para a prevenção do declínio funcional
- Envolver desde logo a família ou o cuidador
- Promover a reabilitação precoce
- Planeamento atempado da alta – no regresso a casa pode ser necessário realizar adaptações para manter a segurança e independência

Vieira, Luis Filipe Lopes (2013). Estratégias a adotar na prestação de cuidados à pessoa idosa para a promoção da capacidade funcional durante a hospitalização. *Journal of Aging and Innovation*. Vol.2,Ed.2. Acedido em 12/05/2019

17

PREVENÇÃO DA IAH

A maioria dos fatores podem ser previstos e são passíveis de intervenção

- O en^o deve compreender e respeitar as estratégias já utilizadas pela pessoa idosa
- Sugerir práticas para reduzir a tensão, stress e ansiedade
- Fornecer apoio em todos os aspetos da tomada de decisão
- Facilitar o acesso aos sistemas de apoio para a pessoa idosa e família/cuidador
- Estar desperto para as diferentes perspetivas culturais e necessidades espirituais

Vieira, Luis Filipe Lopes (2013). Estratégias a adotar na prestação de cuidados à pessoa idosa para a promoção da capacidade funcional durante a hospitalização. *Journal of Aging and Innovation*. Vol.2,Ed.2. Acedido em 12/05/2019.

18

PREVENÇÃO DA IAH

A maioria dos fatores podem ser previstos e são passíveis de intervenção

- Unidades específicas para idosos
- Trabalho interdisciplinar
- Avaliações contínuas (uso e interpretação das escalas)
- Uso racional de medicamentos
- Planeamento de terapias adequadas

Menezes, C.; Oliveira, Valéria R. C. de; Menezes, Ruth L. de. (2010). *Repercussões da hospitalização na capacidade funcional de idosos*. Revista Movimenta; Vol 3. N 2. Brasil.

19

PREVENÇÃO DA IAH

Table 2. Recommendations for Modification of Physical and Functional Environment

Estas medidas podem favorecer a redução da incidência do declínio funcional com um impacto favorável na qualidade de vida do idosos

Ambulation
Low beds without rails
Carpeting
Encouragement and assistance
Minimization of "tethers"
Reality orientation
Clocks
Calendars
Dressing and undressing
Communal dining
Increased sensory stimulation
Proper lighting and decorating
Attention to glasses and hearing aids
Newspapers and books
Available recreation
Functional change
Primary care concept
Team management
Interdisciplinary rounds
Sharing of objectives
Family participation
Early discharge planning

Creditor M (1993) Hazards of hospitalization of the elderly. *Ann Intern Med* 118(3):219-223

20

Pacientes do IAH não podem viver com sucesso sem assistência

Covinsky, Kenneth E.; Pierluissi, Edgar; Johnston, C. Bree (2011). Hospitalization-Associated Disability "She Was Probably Able to Ambulate, but I'm Not Sure. JAMA. Vol 306, No. 16. 1782-1793

21

Obrigada pela atenção

|
rguerragomes@gmail.com

Covinsky, Kenneth E.; Pierluissi, Edgar; Johnston, C. Bree (2011). Hospitalization-Associated Disability "She Was Probably Able to Ambulate, but I'm Not Sure. JAMA. Vol 306, No. 16. 1782-1793

22

APÊNDICE IX – Análise SWOT

